FACULTE DE MEDECINE
KREMLIN-BICETRE
UNIVERSITE PARIS XI

ANNEE 1973

THESE

N° 26

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Brigitte BOLNER

née le 11 mai 1946 à BOULOGNE-SUR-SEINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

CONFRONTATION RADIO–CLINIQUE
DES TUMEURS PHYLLODES

Président : M. DENOIX, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
KREMLIN-BICETRE
UNIVERSITE PARIS XI

ANNEE 1973

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Brigitte BOLNER

née le 11 mai 1946 à BOULOGNE-SUR-SEINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

CONFRONTATION RADIO–CLINIQUE
DES TUMEURS PHYLLODES

Président : M. DENOIX, Professeur

EDITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur P. DENOIX

Professeur Agrégé de Carcinologie
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Directeur de l'Institut Gustave-Roussy
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548017_0003

A Monsieur P. MARKOVITS

Chef de l'Unité de Radio-diagnostic de l'Institut Gustave-Roussy.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé dans la réalisation de ce travail.

Qu'il reçoive nos plus vifs remerciements et trouve ici l'expression de notre profonde estime.

A Mademoiselle G. CONTESSO

Assistante d'Anatomo-Pathologie à l'Institut Gustave-Roussy.

Qu'elle trouve ici le témoignage de notre gratitude pour les conseils qu'elle a bien voulu nous prodiguer à l'occasion de cette étude.

A Mademoiselle D. SARRAZIN

Madame F. MAY LEVIN

Monsieur Ch. BERGIRON

Monsieur J. GENIN

Monsieur Ph. LEVY

Monsieur J. MASSELOT

Qui nous ont aidé à l'élaboration de ce travail.

A mes Parents

Qu'ils soient assurés de mon affection et de ma reconnaissance.

A tous les Miens

A mes Amis

I N T R O D U C T I O N

Les tumeurs phyllodes sont des tumeurs bitissulaires développées à partir des composants épithélial et conjonctif de la glande mammaire. Alors que cette prolifération est "harmonieuse" dans les fibro-adénomes banals, elle est ici dysharmonieuse : la constituante conjonctive prend le pas sur les éléments épithéliaux, devient progressivement plus dense et atypique, et peut dégénérer en sarcome.

Après avoir défini un certain nombre de critères anatomo-pathologiques permettant d'isoler plusieurs types histologiques, nous ferons une étude clinique détaillée et nous insisterons plus particulièrement sur l'apport de la mammographie dans l'établissement du diagnostic précoce de ces tumeurs. De même, essaierons-nous de rechercher s'il est possible de dépister une éventuelle dégénérescence.

Nous adopterons pour notre travail le plan suivant :

- Historique
- Etude anatomo-pathologique
- Etude clinique à l'aide de nos observations
- Etude radiologique
- Evolution
- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel
- Conclusions.

H I S T O R I Q U E

Peu de tumeurs ont été décrites sous autant de dénominations :

- En I838, MULLER (in KESSINGER (26)) décrit une tumeur qui avait été mentionnée en I827 par CUMIN et en I828 par CHELIUS mais avec moins de détails. Il parle de "cystosarcome phyllode" et insiste malgré cette dénomination sur sa bénignité.

- En I866, BROCA (in SOBEL (48)) mentionne les tumeurs phyllodes dans son Traité sur les tumeurs.

- En I906, LECENE (in SOBEL (48)) en rapporte quelques cas, et LENORMANT la décrit comme le type le plus fréquent de l'"adéno-sarcome mammaire".

- En I909, FRIEND (in KESSINGER (26)) décrit un cystosarcome phyllode malin, mais ne l'identifie pas comme tel.

- En I93I, LEE et PACK (in SOBEL (48)) publient un mémoire de III cas. Ils parlent de "fibro-adéno-myxome intracanaliculaire géant" et insistent sur sa bénignité. Ils n'ont observé aucune métastase.

- En I938, FUNCK-BRENTANO, BERTRAND et POILLEUX (in TESCHER (50)) rejettent le terme de "cystosarcome phyllode" qui suggère la malignité et proposent celui de fibro-adéno-myxome phyllode".

- En I940, WHITE (in KESSINGER (26)) rapporte un cas avec invasion locale et métastases dans le sein opposé, le médiastin antérieur et le poumon.

- En I942, HILL et STOUT (in STEPHENSON (49)) rapportent 15 cas sans métastases.

- En I943, COOPER et ACKERMAN (in KESSINGER (26)) signalent 1 cas de métastase ganglionnaire; depuis, 7 cas de métastases ganglionnaires ont été colligés par LONG en I962, MINKOVITZ en I966, NORRIS et TAYLOR en I967 (38).

- I948 : pour SANTY-DARGENT et MALHOUF (in TESCHER (50)) c'est une tumeur qui récidive et qui possède donc une malignité locale.

- I95I : TREVES et SUNDERLAND (in MAIER (34)) proposent des critères histologiques de bénignité, malignité et de cas "limites".

Mais des lésions classées bénignes ont métastasé et entraîné le décès de la malade, rendant le tableau histologique plus incertain. TREVES appelle cette tumeur le "Docteur JEKYLL and Mister HYDE of mammary neoplasm".

- I952 : Pour STEPHENSON (49), la tumeur phyllode est un moment de l'évolution sarcomateuse d'un fibro-adénome.

- I954 : FRUHLING et LE GAL (14 - 15 - 16) : ces"tumeurs hyperplasiques" peuvent récidiver localement si l'exérèse est incomplète sans pour autant devenir malignes.

- I954 : LESTER et STOUT (28) rapportent 58 cas et posent le problème du déterminisme du potentiel métastatique.

- En I955 : ISIDOR (25) fait une tentative d'explication pathogénique : la génèse de ce type tumoral s'expliquerait par le développement tardif, exubérant d'un lobe glandulaire dont l'évolution a été stoppée au cours de l'organogénèse normale du du sein.

- I955 : Pour DESAIVE et BETZ (11) cette tumeur n'est pas bénigne, elle possède un potentiel de sarcome patent ou latent.

- En I958, REICH et SOLOMON (42) rapportent le premier cas bilatéral malin. Un autre cas similaire a été décrit en I965 par NOTLEY et GRIFFITHS.

- I960 : VERHAEGHE (51,52,53) considère que ces tumeurs généralement bénignes peuvent être d'emblée malignes. Les remaniements du tissu interstitiel l'amène à en faire des "tumeurs mixtes".

- I960 : LOMONACO (in VERHAEGHE (52)) : la tumeur phyllode n'est qu'un fibro-adénome particulier.

- En I96I, MAGENDIE, LEGER, DOUTRE et BIRABEN (33) les classent dans les "mésenchymomes" car elles se rapprochent des tumeurs conjonctives récidivantes.

- En I962 : HAFNER, MEZGER, WYLIE (23), puis en I965 : HAROLD et OBERMAN reprennent le terme de "cytosarcome" car si de nombreuses tumeurs sont bénignes, certaines sont d'emblée malignes.

- En I966, BATISSE-MARTIN, SOBEL-SICARD et SICARD (5) en font une variété géante d'adénome intracanaliculaire de type myoépithélial.

- I967 : NORRIS et TAYLOR (38), proposent des critères de pronostic tenant compte de la taille, des contours, du degré de mitose et d'atypisme cellulaire.

- En I972, KESSINGER, FOLEY, LEMON et MILLER (26) recensent 67 cas métastatiques.

- En I972 : OMAR (40), à l'Institut Gustave-Roussy fait une étude anatomo-clinique et thérapeutique des tumeurs phyllodes. Il insiste sur l'importance de l'examen extemporané dans les tumeurs bénignes du sein, car il s'agit parfois de tumeur phyllode. La chirurgie est le seul traitement valable, et le type d'intervention peut être adapté à la forme histologique de la tumeur phyllode.

RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE

La tumeur est de taille variable, blanc grisâtre ou légèrement jaunâtre. C'est sur la tranche de section qu'elle revêt son aspect le plus caractéristique "en feuilles" (du grec φυλλον = feuille, d'où son nom).

La surface irrégulière rend la chirurgie difficile, l'oubli d'un petit nodule aberrant pouvant être à l'origine d'une récidive (MAC DIVITT 1967).

La consistance est hétérogène avec alternance de zones fermes et molles.

La prolifération tumorale est lobulée. Les lobules sont séparés par des fentes plus ou moins kystiques remplies de végétations. En comprimant la tumeur on peut provoquer leur énucléation. FUNCK BRENTANO décrit ces masses énucléées comme "toujours rattachées au reste de la tumeur par un pédicule parfois très ténu, d'autres fois, large et épais. Pour peu que l'on continue à presser la tumeur et la tranche de section, on provoque une sorte d'éruption d'innombrables lobules se détachant de la masse principale. Ces lobules spontanément énucléés se décomposent fréquemment en lobules et languettes secondaires et si l'examen macroscopique se prolongeait, on assisterait à une véritable dislocation de la néoformation" L'ensemble a été décrit par LECENE sous le terme de "jeu de patience".

Il n'y a pas de capsule, mais un tassement périphérique du tissu mammaire refoulé.

ASPECT MICROSCOPIQUE

La tumeur est formée d'une composante épithéliale et d'une composante conjonctive :

- COMPOSANTE EPITHELIALE

La bordure épithéliale des canaux est cuboïde. Les canaux peuvent être aplatis par la prolifération conjonctive.

L'épithélium est parfois hyperplasique dans les formes bénignes ou malignes, avec divers degrés d'atypies, mais c'est l'élément conjonctif qui varie et peut devenir malin.

- COMPOSANTE CONJONCTIVE

La malignité est déterminée par le tissu conjonctif : forte cellularité, nombreuses atypies nucléaires, mitoses atypiques (DYER et COLL., 1966).

La différenciation du tissu conjonctif peut être variable : lipoblastique, myxomateuse, chondromateuse, liposarcomateuse.

Des calcifications locales, des métaplasies osseuses et cartilagineuses ont été observées dans les formes bénignes et malignes (MAC DIVITT 1967).

Pour ce travail, les tumeurs phyllodes ont été classées en 4 groupes, selon leur "simplification" et leur degré de malignité. Cette classification a été faite à l'aveugle sans connaître l'évolution de la malade.

TYPE I : FIBRO-ADENOME PHYLLODE SIMPLE

C'est un fibro-adénome végétant, intracanaliculaire dont la composante conjonctive comporte une richesse en "cellules fixes" plus importante qu'au niveau des fibro-adénomes banals. L'imbibition oedémateuse est fréquente.

TYPE II : FIBRO-ADENOME "POLYMORPHE" d'aspect franchement phyllode.

L'architecture en "feuilles" est ici plus nette. Les plages de nécrose, les kystes, les zones myxoïdes ou métaplasiques leur donnent un aspect bigarré. Aucun signe cytologique de malignité.

TYPE III : TUMEUR PHYLLODE du Ier ou 2è GROUPE avec des plages de cellules fibroblastiques suspectes à noyaux irréguliers par place, monstrueux, avec quelques mitoses.

"L'enrichissement" en cellules des axes des végétations tumorales doit toujours faire réserver le pronostic (LE GAL).

C'est surtout dans ce groupe que l'on peut voir des plages de métamorphisme myxoïde,osseux, cartilagineux, etc...

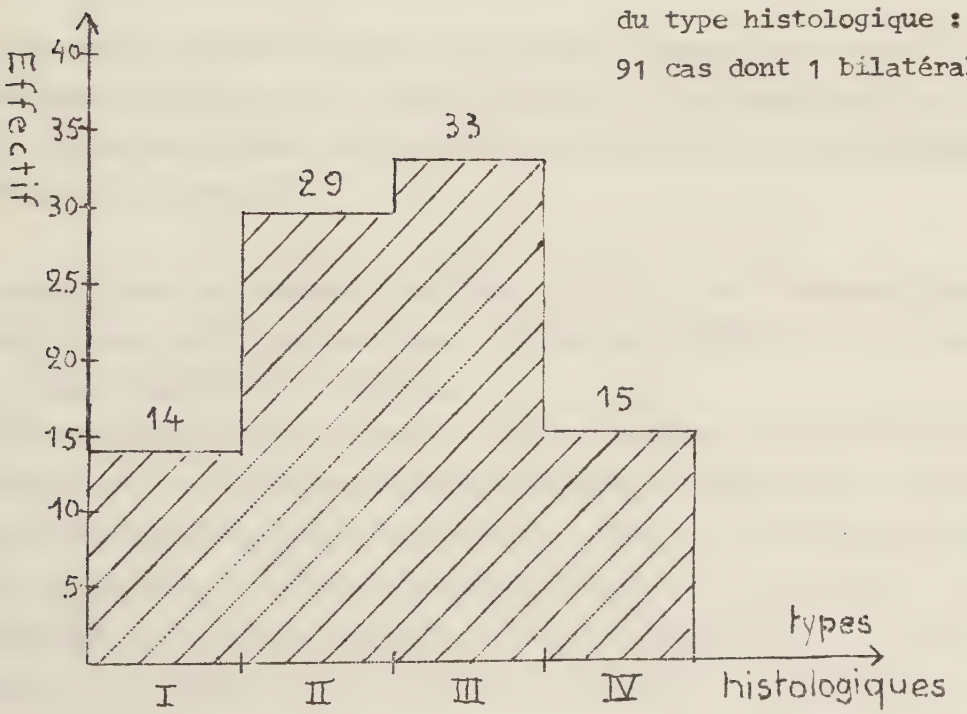
TYPE IV : FIBROSARCOME PHYLLODE

Aspect de sarcome fibroblastique habituel, soit très différencié riche en collagène, soit moins différencié avec important pléomorphisme cellulaire. Mais à l'opposé des sarcomes fibroblastiques nés directement du tissu conjonctif de la glande mammaire, ici on retrouve toujours des structures tubuliformes plus ou moins étirées en périphérie de la tumeur.

La répétition, en fonction de ces critères histologiques, des 91 cas recensés ces vingt dernières années à l'I.G.R. se fait comme suit :

- TYPE I : 14 cas
- TYPE II : 29 cas
- TYPE III : 33 cas
- TYPE IV : 15 cas.

Répartition des malades en fonction du type histologique :
91 cas dont 1 bilatéral.



RAPPEL CLINIQUE

Deux tableaux cliniques possibles chez une femme en période d'activité génitale :

Classiquement, il s'agit d'une tumeur volumineuse qui a brutalement augmenté de volume, souvent au cours d'un épisode de la vie génitale. Elle est irrégulière, bosselée, bien limitée, mobile; de consistance hétérogène : "dure en un point, pseudo-fluctuante en un autre, élastique en un troisième" (CHELIUS); en certaines zones, le tissu fibreux qui constitue la majeure partie de la tumeur est très dur, aussi résistant que du fibro-cartilage" (MULLER). Le mamelon est normal. Le plus souvent la tumeur est indolore, lorsque les douleurs existent elles sont dues à la distension mécanique du sein. L'écoulement par le mamelon est rare. La circulation collatérale est importante se dessinant sous une peau amincie et pâle, devenant rouge violacée, sans signe du capiton. Une ulcération peut se produire par compression nécrosante. MULLER avait noté que ces tumeurs "à la longue finissent par ulcérer la peau, formant alors un "fungus" suppurant en surface".

Ces formes peuvent poser des problèmes diagnostiques avec un épithélioma en poussée évolutive qui se traduit par une rapide augmentation de volume chez des femmes jeunes comme chez des femmes âgées; avec signes d'inflammation diffuse et circulation collatérale.

Mais, dans les tumeurs phyllodes, il n'y a pas d'adénopathie axillaire ou, si elle existe, elle est banale, il n'y a pas d'adhérence à la paroi thoracique.

L'état général est conservé.

Actuellement, on est amené à voir des tumeurs plus petites, polylobées, segmentées par des sillons profonds qui peuvent faire croire à la juxtaposition de plusieurs nodules. Elles sont fermes, denses, profondément situées dans la glande. La notion de croissance rapide récente est retrouvée : "nous pensons que la clinique de la tumeur phyllode est dominée par cette notion de poussée brutale évolutive, à un moment déterminé de son évolution". (SICARD).

"Pratiquement, devant une tumeur n'adhérant pas aux plans" (superficiel et profond)"et non accompagnée d'adénopathie, si elle est petite, on portera le diagnostic d'adénofibrome; si, au contraire, elle est volumineuse, on pensera au sarcome. L'examen histologique s'avère donc indispensable" (FUNCK-BRENTANO).

M A T E R I E L

De 1953 à 1972 inclus, nous avons recensé 91 cas de tumeurs phyllodes à l'INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY, dont un cas bitaléral simultané.

Parmi ces 91 cas, 13 ont été primitivement soignés hors I.G.R. : 5 malades ont été adressées pour avis, 7 pour récidives et 1 cas a été diagnostiqué à l'INSTITUT et opéré dans un autre Centre.

Sur ces 91 malades, 13 n'ont pas eu de mammographies, soit que les malades aient été vues après l'intervention initiale, soit que l'opération ait été réalisée d'emblée sans examen radiologique préalable (mastectomie de propreté).

TYPE I	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/53.0092 AE	6 grossesses 2 F.C. Epithélioma du col en 53	54	SG	QExt.	2 x 2			axill. bilat.x banals	Fibro-adénome	Extempor.	Tumorect. 19.7.61	
5/58.3213	mastite gauche	38	SG	QSE	2 x 2	3 mois	Douleurs amenant la découverte d'un nodule dur, lisse, bien limité	0	Fibro-adénome	Histolog.	Tumorect. 25.6.58	
5/59.3072 KU	3 enfants allaités 5 F.C.	33	SG	QSup.	2 x 1,5	3 ans	Petit nodule mou		Fibro-adénome	Extemp.	Tumorect. élargie 15.11.62	Sans.plus tard réapparition d'un nodule surveillance
1/63.1537		43	SG	QSI	2 x 1	8 jrs	Nodule bien limité mobile	0	Nodule à surveiller	Extemp.	Tumorect. 5.11.66	
5/67.3572 PZ		23	SD	QInf.	7 x 7	3 ans	Masse déformant le sein, plus mou et plus mal limité qu'un adénome	0	Tumeur phyllode	Radio. Extemp.	Tumorect. 17.2.70	B.P. 2 ans
5/70.2377 KK	7 enfants en cours de ménopause	48	SG	Prolt axil.	< 1	6 mois	Nodule mobile		Non vu sur les R.X.	Extemp.	Tumorect. 29.5.70	
5/70.4885 SS	1 enfant allaité.I.F.C. adénectomie S.G. en 53	47	SG	QSE	2,5 x 2		Nodule ferme, mobile non adhérent	0	Fibro-adénome	Extemp.	Tumorect. 14.9.70	B.P. 2ans
5/70.5787 UK		23	SG	QSE	5 x 5	1 an	Masse polylobée, homogène chaude	0	Tumeur phyllode	Clinique Radiol. Extemp.	Tumorect. 4.9.70	B.P. 2 ans

TYPE I	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/70.6616 KT	Tumorectomie pour tumeur phyllode apparue il y a 1 mois	16	SG.	QIE.		I mois	Tuméfaction sous cicatricielle -Vient pour avis.		Fibrose cicatricielle ou image tumorale ?		Tumorect. large 20.10.70	Pas de récidive de la tumeur primitive B.P.2 ans
5/71.7926 SE	2 enfants allaités 2 F.C.	26	SD	QSI	4x3	5 ans augmentation depuis 1 an	Nodule polylobé, mobile	0	Fibro-adénome	Extemp.	Tumorect. large 15.3.72	
5/71.8935 TH		19	SG	QSI	3x2,5		Nodule ferme	Ganglion sus-clav. droit	Seins trop denses	Extemp.	Tumorect. 28.3.72	
5/72.5111 XP		16	SD	QSup. et Central	5x5	1 an	Nodule polylobé bien limité.			Clinique Extemp.	Tumorect. 30.6.72	B.P. 6 mois
5/72.5428 MG		17	SG	QSI et central	4x3	1 an	Augmentation de volume et douleurs avec les règles. Nodule mobile. Circulation collatérale.	0	Pas de radio	Clinique Extemp.	Tumorect. 6.7.72	

TYPE II	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/56.2539 PX	I enfant non allaité. Adénectomie gauche en 56.	48	SG	QExt.	6 x 6		Nodule évoquant un fibro-adénome	0	Tumeur phyllode	Radio. extemp.	Tumorect. élargie 9.4.65	B.P. 7 ans
5/57.2951	I enfant allaité Abcès SG. en 36. Ménopausée en 53.	58	SD	QSI	I0 x I2	I6 ans augmentation depuis la ménopause	Nodule dur, bien limité, mobile	0		Clinique	Mastectomie à DREUX. I0.9.57	Suivie hors I.G.R.
5/58.5757	Adénectomie gauche en I957	46	SG	QInt. + QIE	I0x9x5	2 ans	Nodule élastique, homogène, distension des téguments qui sont de coloration vineuse avec circulation collatérale et adhérence spontanée sur 7 cm. T3 N0 M0 Pevl	0	Tumeur phyllode	Radio. Histologie	Mastectomie 7.2.6I	B.P. 11 ans
			SD		3x3	2 ans augmentation depuis 5 mois	Sein rouge, chaud, renfermant un nodule indolore. Circulation collatérale.	0	Kyste	Histologie	Tumorect. 7.2.6I	
5/59.3053	Opération esthétique en 53. Epithélioma sein gauche en 60: Halsted et radiothérapie	4I	SD	QExt.			Nodule mobile	Axil. banal.		Extemp.	Tumorect. I8.4.6I	Décédée en 65 d'un accident de voiture.
5/60.284 BW	3 enfants allaités	32	SG	QInt.	1,5x1	8 jrs	Nodule dur, régulier mobile, indolore	0	Fibro-adénome	Extemp.	Tumorect. 4.2.60	
5/60.4688	Tumorectomie pour tumeur phyllode en Juil.60	49	SG	QSE			Opérée hors I.G.R. venue pour avis : pas de récidive		Séquelles d'intervention	Histologie		B.P. I2 ans

TYPE II	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/60.6II6		37	SD	QII		7 mois	Nodule périphérique, bien limité, homogène, dur, indolore, mobile.	Axill. banal	Adénome	Extemp.	Tumorect. 24.II.60	B.P.I2 ans
5/6I.5495 PF	Abcès sein gauche	4I	SD	QSE	4	6 mois Augment. avec les règles	Nodule bien limité, dur, homogène, peau chaude, circulation collatérale.	Axill. banals	Lésion bénigne	Extemp.	Tumorect. 5.I.62	B.P.I0 ans Epithélioma du col. en I963.
5/6I.5576		I6	SD				Nodule régulier, mobile, sensible à la palpation.	0	Lésion bénigne Seins denses	Histologie	Tumorect. 8.I2.6I	B.P.II ans
5/62.3540	Pas d'enfant. O F C	36	SG	QIE	4x4		Nodule mobile		Lésion bénigne	Histologie	Tumorect. 30.8.62	B.P.I0 ans
5/62.5354	Adénectomie SD. en I96I	42	SD	Q. rétro-aréol. Ext.	3,5x3,5		Nodule sous cicatriciel	Axill. bilat banal		Histologie	Tumorect. I9.II.62	Récidive 6 mois plus tard Tumorect. B.P. 8 ans
5/63.22I6 BD	I enfant Tumorect. sein droit en 60-6I et 62.	3I	SD	QSE	3,5 x 4		2 nodules mobiles	Axill. banal	Kyste	Extemp.	Mastectomie I7.6.63 Prél. axil.	B.P.9 ans - 2è grossesse
5/64.I7I0 AD		55	SD	Qint.	5 x 5	1 mois	Nodule arrondi, bien limité, faisant saillie, dur, homogène, douloureux à la palpation. T3 NI MO PevO	Axill. banal	Tumeur phyllode	Radio. Extemp.	Tumorect. large I7.4.64	B.P. 8 ans
5/66.I876	2 enfts. non allaités.	34	SG	QSI	2 x 3	I7 ans	Nodule bien limité, mobile, ferme. Nodule similaire du Q.S.E.	Axill. banal	Kyste	Histologie	Tumorect. 2[illegible].II.66	B.P. 6 ans
5/66.4832 NP	2 enfants I F C. Adénectomie sein droit en 66.	38	SD	QSE	3 x 3	1 mois	Nodule mobile, ferme, non adhérent, bilobé. T2 NI MO PevO	Axill. banal.	Lésion bénigne	Histologie	Tumorect. 20.I.70	B.P. 2 ans

TYPE II	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
7/67.0213 AA	2 enfants O F C Lobectomie thyroidienne en 67 pour adénome	42	SD	QInf.	6 x 4	4-5 mois	Douleurs amenant la découverte d'un nodule hétérogène, mobile, non adhérent	0	Tumeur phyllode	Radio. Extemp.	Tumorect. 19.II.71	B.P. 1 an
5/67.5691		21	SG	QII	1 x 1	2 mois	Nodule régulier		Aspect normal	Histologie	Tumorect. 28.8.68	B.P. 4 ans
5/68.3923 RX	I enft. O F C Tumorect. sein gauche en fév.mai. 68	39	SG	QSE	2 x 2	1 mois	Nodule mobile, régulier.	Axill. banal.	Calcifications de mastose ou d'adénome	Extemp.	Tumorect. 27.5.69	1 an :petit nodule et ganglion axillaire banal.
5/68.5035 LA	I enfant ménopausée à 44 ans	61	SD	QSE	7 x 9	8 mois Augmentation rapide il y a 2 mois	Nodule bien limité sans adhérence, mobile. T3 N1 M0 Pev1	Axill. banal	Kyste dégénéré	Extemp.	Mastectomie 22.8.68	B.P.4 ans en 68 et 69: Curiethérapie baso-cellulaire de la face.
5/69.016 EU	0 enfant O F C	25	SG	QSE	1,5x 1,5	1 an	Nodule mobile, non adhérent	Axill. banal	Aspect normal	Histologie	Tumorect. 11.2.69	B.P. 3 ans
5/69.3288 XX	0 enfant ménopausée à 55 ans	65	SD		25 x 25	6 mois poussée brusque il y a 1 m ½	Sein droit trois fois plus gros que le gauche occupé par une tumeur adhérant incomplètement au pectoral Mamelon rétracté. Peau rouge et oedematiée . T4 N0 M0 Pev3	Petit gangl. axill. banal.	Aspect malin	Extemp.	Mastectomie + prélevt. axill. 28.5.69	B.P. 3 ans

TYPE II	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/69.3504 LS	0 enft. 0 F.C. Ménopausée depuis 8 ans	63	SG		I7 x I7	4 mois poussée brusque il y a 2 mois	Sein gauche deux fois plus gros que le droit occupé par une masse non adhérente à la peau et en profondeur. Peau fine et rouge, circulation collatérale.	0	Tumeur phyllode	Radiol. Ponction tournante	Mastectomie faite hors I.G.R. en mai 69	B.P.3 ans
I/69.75I5 TF	2 enfts. 1 F.C. Cancer du cavum I969	36	SG	QSE	I,5		2 nodules distincts irréguliers. TI NO MO PevO		Lésion douteuse	Histologie	Tumorect. 26.I2.69	B.P. 3 ans
5/70.2458 KK	0 enfant hyperthyroidie en cours de ménopause	45	SG	QSE	3 x 3	I5 jrs	Nodule, arrondi, mobile sur tous les plans, rénitent. T2 NO Mx PevO		Lésion bénigne	Histologie	Tumorect. II.5.70	B.P.2 ans
5/70.7578 UH	0 enfant 0 F.C	32	SD	QExt.+ Centr.	5 x 6	8 jrs	Douleurs amenant la découverte d'une tumeur du sein, ferme, bien limitée, mobile sur le plan profond. Légère adhérence au mamelon.	Axill. bilat. banals.	Tumeur phyllode	Radiol. Histologie	Tumorect. 27.I0.70	B.P. 2 ans
5/7I.4585 PA	2 enfants 0 F.C.	36	SG	QInf.	2 x 1	3 ans	Nodule un peu irrégulier mobile, non adhérent			Histologie	Tumorect. 2.9.7I	B.P. 1 an
5/7I.675I LN	Ecoulement sanglant il y a I6 ans pendant 5 - 6 ans	85	SD	QInf. + Centr.	I7 x I7	4 ans augmentation depuis 1 an	Masse adhérente à la peau, rénitente. Peau lisse, rouge, oedématiée.	0	Pas de radio.	Histologie	Mastectomie I2.I0.7I	Perdue de vue.
5/72.939 PF	0 enfant 0 F.C.	27	SD	QSE	1 x 1	1 mois	Hyperplasie du prolongt. axill. amenant la découverte d'un nodule bien limité, mobile		Seins trop denses	Histologie	Tumorect. I6.3.72	B.P. 9 mois
5/72.I303 WS	0 enfant	29	SG	QIE			Nodule arrondi, mobile	Axill. banal		Histologie	Tumorect. I6.3.72	B.P.9 mois

TYPE III	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/54.407I	0 enfant	47	SD	QSE		3-4 mois	Nodules augmentant de volume avec les règles. Sein augmenté de volume. Peau normale, chaleur locale accrue au moment des règles.	Axill. banal		Extemp.	Tumorect. suivie d'l mastectomie + prélèvt axillaire 26.8.54	B.P. I8 ans
5/54.6358	0 enfant 0 F C	33	SD	QSI	8x8		Nodule découvert à la suite d'un traumatisme ayant augmenté rapidement depuis 1 mois. Tumeur dure bien limitée, mobile. Peau tendue, souple, rouge. Circulation collatérale		Tumeur phyllode	Radiol. Extemp.	Mastectomie 6.I.55	Perdue de vue
5/55.52I2	Adénectomies en 57	29	SD				Nodule polylobé, indolore.		Tumeur bénigne	Histologie	Mastectomie + Prélèvt. axillaire 23.I0.59	B.P. I3 ans
5/56.23I6 FR	2 enfants non allaités 0 F.C. Adénect.sein droit 53	44	SD	Q.Centr.			Nodule légèrement adhérent à la cicatrice. T2 NI MO PevO	0		Extemp.	Tumorect. 25.II.69	B.P.3 ans
5/59.625I	0 enfant	66	SG	QSE	8x8	3 mois	Nodule rond, lisse, bien irrégulier, indolore, mobile. Circulation collat.		Tumeur bénigne	Clinique Extemp.	Mastectomie I6.I2.69	B.P. 3 ans
5/60.I23I SK		I9	SG	QInf.	1x1	3 mois	Nodule rond, lisse, bien limité, mobile, ferme.	0	Adénome	Histologie	Tumorect. le 5.4.60	Perdue de vue
5/60.593I	0 enfant	2I	SG	QSI	2x2	3 mois	Nodule rond, lisse, mobile indolore.	Axill. banal	Adénome	Extemp.	Tumorect. 9.I2.60	B.P.I2 ans
5/6I.4I69	Adénect. Sein gauche I96I	30	SD	Q.Sup.	1,5x1,5	2I mois	Nodule régulier, bien limité, non adhérent douloureux.		Adénome	Histologie	Tumorect. I7.7.64	B.P.8 ans
5/63.3000	0 enfant adénect. S.D. en 63	47	SG	QSE	5x5	2 ans	Tumeur polylobée, dure mobile. T2 N2 MO PevO	Axill. banal		Histologie	Mastect. + prélèvt axillaire 22.7.66	B.P.6 ans

TYPE III	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/64.2414 DA	0 enfant 0 F.C. Hystérect. totale en 55.	49	SD	QSE	6,5 x 6,5	2 jrs	Nodule bien limité avec rétraction cutanée provoquée. Pas d'adhérence profonde. T3 N3 M0 Pev0	Axill. banal	Tumeur bénigne	Extemp.	Halsted I2.5.64	B.P.8 ans
5/64.4341 EA		50	SG	Q. Cent.	2 x 2	3 sem.	Infiltration mal limitée de consistance hétérogène T2 N0 M0 Pev0	0		Histo-logie	Mastectomie + prélèvt. axillaire 8.7.64	B.P.8 ans
5/65.2162 EE	3 enfts 0 F.C.	40	SD	Q.Ext	I0 x13	7 ans	Nodule polylobé, bien limité, mobile, ferme, circulation collatérale T4 N0 M0 Pev0	0	Tumeur phyllode	Radiol. Extemp.	Mastectomie + prélèvt. axillaire 22.4.65	B.P. 7 ans
5/65.5806	0 enfant 1FC ménopausée à 5I ans	67	SD	QSE	6 x 7	2 ans	Nodule polylobé, bien limité, ferme, homogène, sensible à la palpation mobile. T3 N0 M0 PevI	0	Tumeur phyllode	Radiol.	Mastectomie I9.9.65	en I967 hépato-splénomégalie. Perdue de vue
5/65.6656 UM	I enfant non allaité. 1 F.C	36	SD	QSup	6 x 6	4 mois	Nodule bien limité, ferme circulation collatérale.	Axill. banal	Seins trop denses	Extemp.	Tumorect. large 20.I0.65	En 70: récidive traitée par tumo-rectomie.
5/65.8454 SR	I enfant non allaité Plusieurs FC. Tumorect. en 65 SD.	47	SD	QSE		I0 jrs	Masse indolore, adhérente à la cicatrice, mobile.	Axill. bilat. banals	Tumeur maligne	Clinique Histo-logie	Mastectomie 7.I.66	B.P.6 ans
5/66.4509 PL	0 enfant 0 F.C. ménopausée à 53 ans tumorect. en I925	60	SG	QSE	4 x 4	I0 ans	Formation polylobée, ferme, bien limitée, mobile. Circulation collatérale T2 N1 M0 Pev0	Axill. bilat. banals	Tumeur phyllode	Radio. Extemp.	Mastectomie I6.8.66	B.P. 6 ans en 68 : adénocarci-nome du sigmoide S.P.

TYPE III	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/66.5200 AN	0 enfant 0 F.C.	52	SG	QSE	5 x 5	5 -6 ans augment. depuis 3 mois	Tumeur polylobée, mobile ferme, homogène, sensible Chaleur de la peau. T2 NI MO PevO	Axill. banal	Adénome	Extemp.	Mastectomie 23.9.66	B.P.6 ans
5/66.6265	2 enfants allaités 0 F.C.	46	SD	QSI	3 x 4	2 ans	Tumeur mobile, ferme, non adhérente. T2 NO MO PevO	Axill. banal	Douteuse	Extemp.	Tumorect. 2I.I2.66	B.P.6 ans
5/66.6729 WT	0 enfant 0 F C	42	SG	QInf.	6 x 6		Nodule mou, dépressible, ovalaire, bien limité. Peau rouge. Ulcération T3 NI MO PevI	Axil. bilat. sensible	Nodule d'aspect bénin, mais ulcération épaississement aréolaire.	Histologie	Mastectomie 22.II.66	B.P. 6 ans
5/66.7995	I enfant	48	SD	Prol. axil.	1,5x 1,5	3 mois	Nodule très mobile		Non vu	Histologie	Tumorect. I6.3.67	B.P. 5 ans
5/67.785	I enfant non allaité. En période de ménopause.	54	SD		I5 x I5	5 mois	Masse polylobée, sensible, hétérogène, mobile. Peau rouge, tendue, luisante. Circulation collatérale.	Axil. banal	Tumeur phyllode	Clinique Radio.	Mastectomie + prélèvt axillaire 23.3.67	Perdue de vue en I969
5/68.5706 SG	I enfant 0 F C ménopausée en 57	55	SD	QExt.	4,5 x 5	1 an	Nodule mobile, difficile à palper en profondeur T2 NI MO PevO	Axill. banal.	Kyste	Extemp.	Mastectomie + prélèvt. axillaire I8.I0.68	B.P. 4 ans.
5/68.8338 XN	Tumorect. pour tumeur phyllode en 68	I6	SG	QSI	3 x 3		Densification légèrement sensible.		Trop denses	Histologie	Tumorect. 2I.2.69	Lobectomie inférieure gauche en 72, pour ?
5/68.8361 SX	I enfant Tumorectomies sein gauche en 67 et 68 pour tumeur phyllode	35	SG	Qinf.	3 x 2	5 mois	Nodule mobile, dur, puis 2è nodule sous cicatriciel 3 mois plus tard		Trop denses	Extemp.	Tumorect. larges I6.I2.70	En sept. 71 tumorect. pour récidive sous cicatricielle.

TYPE III	ANTECEDENTS	AGE		SIEGE	TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/69.2883 XL	I enfant non allaité 2 FC.	33	SD	QExt +Cent.	6 x 8	1 an	Nodule mobile, non adhérent. T3 NI MO PevO	Axill. banal	Tumeur bénigne	Extemp.	Tumorect. 9.5.69	Depuis Juin 69, nodule sous cicatriciel. 2 drill-biopsies négatives. Surveillance.
5/70.I60 TN	0 enfant 0 F C	48	SD	Q.inf. +Cent.	II x II	6 -7 ans augment. depuis 2 mois	Tuméfaction mobile non adhérente	0	Tumeur phyllode	Clinique Radiol. Extemp.	Mastectomie + prélèvt axillaire 2.2.70	B.P. 2 ans
5/70.2627 GP	I enfant allaité 0 F C ménopausée à 50 ans Tumorect. sein droit en 68 pour tumeur phyllode	54	SD	Qinf.	7 x 8	2 mois	Nodule régulier, bien limité mobile, ferme T3 NO MO PevO	0	Tumeur bénigne	Clinique	Mastectomie + prélèvt axillaire 28.I0.70	B.P. 2 ans
5/70.3072 AZ	3 enfts. non allaités 0 F C ménopausée en I963 Tumorect. en 70 pour tumeur phyllode	6I	SD	QSE	3,5 x 4		Tuméfaction sous cicatricielle avec adhérence à la cicatrice, léger oedème cutané.		Tumeur bénigne	Histologie	Tumorect. 20.7.70	Abcès post-opératoire. B.P. 2 ans
5/70.5838 RL.	0 enfant 0 F C ménopausée en 67	55	SG	Q.int + cent.	7 x 7	2 mois	Nodule mobile; bien limité. T3 NO MO PevO	0	Tumeur phyllode	Radio. Extemp.	Tumorect. I8.8.70	B.P.2 ans

TYPE III	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/71.241 UR	I enft allaité	45	SG	QIE	2 x 2	1 mois	Nodule mobile, douloureux non adhérent. TI NO Mx PevO	0	Tumeur bénigne	Histologie	Tumorect. 22.3.71	B.P. I an
5/71.1326 BH	4 enfts.	36	SG	Q.Sup.	4,5 x 4,5	1 an	Nodule mobile, non adhérent.		Tumeur bénigne	Extemp.	Tumorect. large puis, mastect. 16.4.71	Perdue de vue
5/71.2530 ZE	I enfant non allaité	40	SG	QSI	2 x 2	3 jrs	Nodule bien limité		Non vu	Extemp.	Tumorect. large : 5.7.71	B.P. I an
5/72.770 FR	2 enfants allaités 2 F C	45				6 mois	Nodule trilobé, mou, grenu, douloureux avec les règles.	0	Seins denses. Tumeur mal vue	Clinique Extemp.	Tumorect. large : 30.3.72	B.P.9 mois

TYPE IV	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/62.4334	2 enfts non allaités ménopausée en I96I. Tumorect. D. à 20 ans	48	SG		I4 x 11	28 ans augment. depuis 1 mois avec poussée nette depuis 8 jrs	Sein gauche quatre fois plus gros que l'autre. Nodule à limites nettes, homogène, douloureux, adhérent à la peau qui est chaude et violacée. Fixation incomplète à la paroi. Oedème déclive. T4 N2 MO Pevl	Axill. dure	Tumeur phyllode	Clinique Radio Histologie	Radiothérapie préopératoire Mastectomie + prélèvt. axillaire II.9.62	I5 mois après intervention décès par métastases multiples : poumons, foie pancréas, estomac, mésentère.
5/62.6437 MK	Ménopausée en I952	6I	SG	Q.Sup. +cent.	5,5 x 5,5	4 mois	Douleurs amenant la découverte d'une masse mal limitée, adhérente à la peau qui est rouge, chaude avec circulation collatérale. T3 Nl MO Pevl	Axill. banal	Lésion maligne	Histologie	Radiothérapie préopératoire Mastectomie + prélèvt. axillaire I4.I.63	
5/63.577	2 enfts. ménopausée en I957 Tumorect. sein droit en I956.	52	SD		7x8x8	6 mois	Nodule bien limité polylobé, dur, homogène, faisant saillie sous la peau qui est rouge et chaude. Circulation collatérale. T3 NO MO Pev	0	Tumeur phyllode	Radio. Histologie	Mastectomie hors I.G.R. en févr.63	Récidive le 2.I2.64 Décédée le 23.2.70.
5/64.683I ML	2 enfts. ménopausée en I954	60	SD	QSE.	3 x 3	9 mois	Nodule mobile	Axill. banal	Kyste	Extemp.	Tumorect. puis mastectomie + prélèvt. axillaire I6.I0.64	B.P. 8 ans
5/64.8336	4 enfts. 6 F C Hystérectomie en 60.	6I	SG	QSE.		3 mois	Nodule opéré à la Pitié. Venue pour avis: Persistance d'une infiltration sous cicatricielle.			Pas de récidive	Exérèse large 5.I.65	Suivie hors I.G.R. en 65: fibrosarcome F.I.G. Méta. osseuses décédée le 7.8.66

TYPE IV	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/67.7282 SH	I enft.non allaité 0 F C en 66: mastectomie droite pour tumeur phyllode	45	SD		6 x 5		Masse dure à la partie supéro-externe de la mastectomie. Peau libre.	Axill. banal		Histologie	Tumorect. large 3.II.67	En mai 68 récidive locale. Métastase pulmonaire et osseuse. Décédée :26.7.68
5/67.7730	0 enft. 0 F C ménopausée en I959	64	SD		20 x I3	4 ans	Sein droit trois fois plus gros que le gauche. Ulcération supéro-externe depuis 2 mois, de I0cm, infection et hémorragie.			Histologie	Mastectomie + prélèvt axillaire Irradiation post-opér. I3.II.67	Décédée le 27.3.68 (4 mois après le traitement initial).
5/68.4513 LT	I enft. ménopausée à 50 ans	78	SD		I5 x I5	I mois	Nodule d'évolution rapide n'envahissant pas la peau mobile, circulation collatérale		Tumeur phyllode maligne	Clinique Radio. Histologie	Mastectomie + prélèvt axillaire 25.7.68	Décédée 44 mois après intervention
5/68.5053 LX	2 enfts. En 67 et mars 68: tumorect. sein droit pour tumeur phyllode	29	SD			I mois	Sein tendu, d'aspect inflammatoire, mamelon rétracté.		Tumeur phyllode		Mastectomie +télécobalt +castration chirurgic. 24.9.68	Suivie hors I.G.R. Récidives en Juin 70, sept.70 et déc.7I.
5/68.6692 ZP	0 enft. 0 F C ménopausée en 64. Tumorect. en fév.67 et Aout 68 pour tumeur phyllode	54	SD	QSI.	8 x 8		Masse sous cicatricielle apparue 2 mois après intervention		Kyste	Histologie	Mastectomie 7.II.68	B.P. 4 ans
5/68.7335 SF	0 enft. 2 F C ménopausée en I960.	55	SG	Q.Sup	5 x 5		Nodule mobile non adhérent. T2 N1 M0 Pev0	Axill. banal	Pas de lésion visible	Extemp.	Mastectomie I6.I.69	B.P.

TYPE IV	ANTECEDENTS	AGE	SIEGE		TAILLE (cm)	LATENCE	SIGNES CLINIQUES	GANGLIONS	MAMMOGRAPHIE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION
5/71.7822 LL	2 enfts. non allaités. Adénectomie droite en 1928. Tumorect. gauche en 1967.	69	SD		5 x 5		Nodule mobile. Peau normale			Histologie + Epi sein gauche simultané	Mastectomie bilatérale 14.10.71	Décédée 9 mois après intervention
5/71.8053 GW	0 enft. Mastectomie du sein G. + prélevt. axillaire en oct.71 (tumeur phyllode)	25	SG			2 mois	Nodules sur paroi thoracique gauche				Exérèse + radiothérapie 25.11.71	Perdue de vue
5/72.8066 NK	4 enfts. allaités O F C ménopausée à 54 ans. Tumorect. sein droit en mars 69 fév.72 juin 72.		SD				Vient pour avis			Histologie des coupes communiquées : sarcome phyllode		
5/72.8330 FA	5 enfts. allaités O F C ménopausée en 1970.	47	SG	Q.Ext		6 ans augmentation depuis 6 mois	Masse distendant la peau. Mobile, circulation collatérale.	Axill. banal	Tumeur phyllode	Clinique Radio. Extempor.	Mastectomie + prélèvt. axillaire 23.10.72	

F R E Q U E N C E

La fréquence de cette tumeur est très diversement appréciée.

Du 1.1.64 au 31.12.68, il y a eu 1 447 tumeurs du sein, bénignes et malignes vérifiées histologiquement à l'Institut Gustave-Roussy. 26 tumeurs phyllodes ont été diagnostiquées pendant cette période, ce qui représente 1,8% de toutes les tumeurs; 7,7% des tumeurs bénignes et 0,6% des tumeurs malignes.

Il est à noter que sur les 91 cas relevés depuis I953, 65 ont été diagnostiqués depuis I964 (76%), dont 39 (42%) dans les quatre dernières années. Ceci peut s'expliquer par la vérification chirurgicale plus systématique récente de toute tumeur mammaire.

Par ailleurs, le pourcentage des formes malignes sur l'ensemble de notre étude est de 16,4% (15 cas sur 91).

Pour ARIEL, en I96I, les tumeurs phyllodes représentent 0,3% de toutes les tumeurs du sein, de même pour HAAGENSEN.

Pour DYER (I966), elles forment 0,9% de toutes les tumeurs du sein, et pour SICARD (I966) : 10% des tumeurs bénignes.

VERHAEGHE rapporte 23 cas de I952 à I965, dont I7 dans les quatre dernières années.

Quant aux formes malignes, elles sont encore plus diversement appréciées : Dans sa revue de littérature, en I96I, ARIEL trouve 16,4 % de forme maligne (fréquence identique à celle trouvée à l'Institut Gustave-Roussy) et en excluant l'importante série de LEE et PACK où seulement 1 cas malin sur III était noté, ce pourcentage passe à 27,4 %.

Citons d'autres résultats de la littérature :

I950 : MAC DONALD et HARRINGTON - 2 cas sur 17, soit 11,8%

I95I : TREVES et SUNDERLAND - 18 cas sur 77, soit 24%

I952 : ROSS - 3 cas sur 7 (42,8 %)

I954 : LESTER et STOUT - 20 cas sur 58 (34%)

I963 : MAIER - 10 cas sur 30 (33,3%)

I965 : MAC DIVITT et URBAN - 14 cas sur 73 (19,2%)

I965 : OBERMAN - 7 cas sur 18 (38,8%).

S E X E

Tous nos cas intéressent des femmes.

Dans leur revue de littérature, LEE et PACK rapportent 3 cas touchant l'homme.

En 1970, REINGOLD et ASCHER décrivent un quatrième cas.

C Ô T E

Le plus souvent unilatérale, la lésion peut siéger des deux côtés.

Dans notre étude, 56 tumeurs sont gauches et 56 droites, un seul cas est bilatéral.

Si de nombreuses statistiques donnent autant d'atteintes droites que gauches, des résultats plus discordants ont aussi été donnés, ainsi par exemple :

- BOTHAM, MAC DONALD, CLAGETT ont 13 atteintes gauches pour 9 droites,
- NORRIS et TAYLOR donnent comme pourcentage 56 % de gauches et 44% de droites,
- STEPHENSON, GROSS, GUMPORT, MEYER : 10 cas gauches pour 5 cas droits,
- WEST, WEILAND et CLAGETT : 12 lésions droites pour 17 lésions gauches.

Quant aux lésions bilatérales, elles sont exceptionnelles :

- MAC DONALD et HARRINGTON en ont rapporté 4 cas;
- REICH et SOLOMON : 1 cas malin;
- CONCILIO et OLIVIERI : 1 cas;
- NORRIS et TAYLOR : 1 cas sur 94.

A G E

Les âges extrêmes de nos malades vont de 16 à 85 ans. La moyenne d'âge étant de 42,5 ans.

La répartition des âges en fonction des divers types histologiques est donnée par les histogrammes. Les malades les plus jeunes se trouvent dans les trois premiers types histologiques (2 cas de 16 ans de type I et 1 cas dans les types II et III), la malade de 85 ans appartient au type II.

Les histogrammes montrent une médiane qui se déplace vers les âges élevés quand on passe du type histologique I au type IV. Ceci est confirmé par le calcul de la moyenne d'âge pour chaque type :

- moyenne d'âge du type I : 30,0 ans
- moyenne d'âge du type II: 41,8 ans
- moyenne d'âge du typeIII: 43,2 ans
- moyenne d'âge du type IV: 54,1 ans

Le tableau suivant donne la répartition des âges pour les différents auteurs :

AUTEURS	NOMBRE DE CAS		AGES EXTREMES	AGE MOYEN
BATISSE-MARTIN, SOBEL, SICARD	I0	en 8 ans	I7 - 65	
BOTHAM, MAC DONALD, CLAGETT	22	en 50 ans	34 - 68	47
FRUHLING, LE GAL	7I	en 25 ans	2I - 73	43
HAFNER, MEZGER, WYLIE	I2	en 25 ans	3I - 73	46
LESTER, STOUT	58	en 40 ans	I3 - 88	44
LOMONACO	2I	en I8 ans	20 - 60	
MAC DIVITT, URBAN, FARROW	73	en I6 ans	I6 - 68	
MAIER, ROSEMOND et Coll.	30	en I3 ans	24 - 86	45
NORRIS, TAYLOR	94		I5 - 86	45
OBERMAN, FRENCH	I8		23 - 78	49
STEPHENSON, GROSS	I5		I9 - 65	44,5
VERHAEGHE, DUPONT et Coll.	23	en I3 ans	I5 - 67	36
WEST, WEILAND, CLAGETT	29	en I4 ans	I3 - 77	47,5
INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY	9I	en 20 ans	I6 - 85	42,5

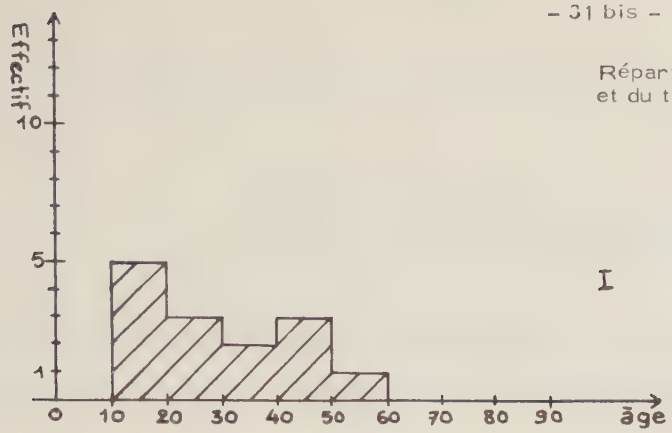
Pour la majorité des auteurs (VERHAEGHE et Coll. exceptés) la moyenne d'âge est autour de 45 ans, ce qui confirme notre propre étude.

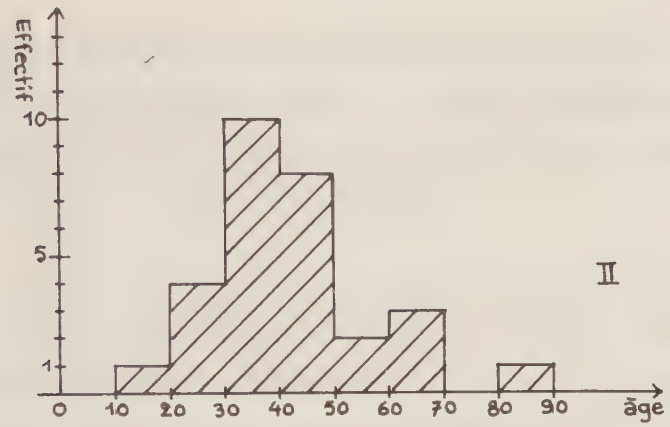
Pour KESSINGER, FOLEY, LEMON, MILLER la moyenne d'âge, située entre 40 et 45 ans, serait de 3 ans supérieure pour les tumeurs malignes.

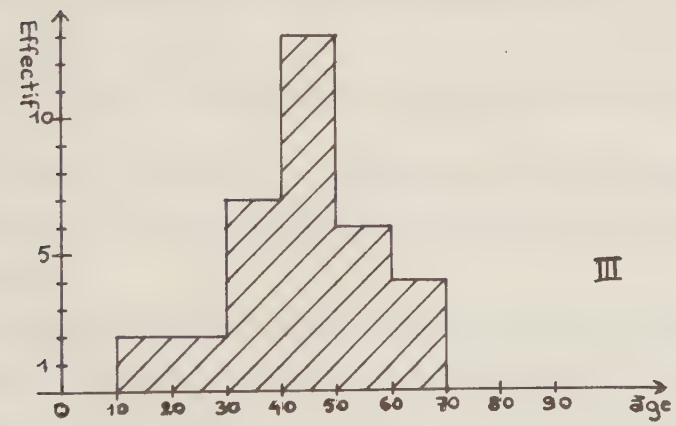
MAC DIVITT, STEWART et BERG donnent comme âge moyen : 43 ans pour les formes bénignes, et 46 ans pour les formes malignes. L'âge ne permet donc pas de porter un diagnostic histologique.

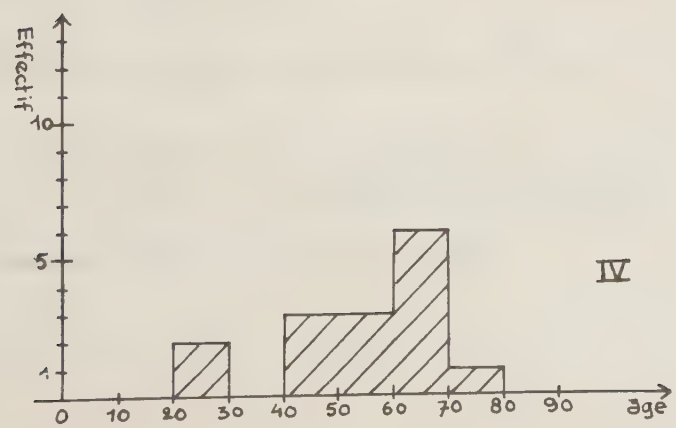
Dans une revue de littérature, HERRMANN dénombre 12 cas de sarcome chez le jeune, mais aucun provenant d'une dégénérescence d'une tumeur phyllode.

Répartition des malades en fonction de l'âge et du type histologique









TERRAIN ET LESIONS ASSOCIEES

Le rôle des facteurs hormonaux est encore discuté.

Dans notre étude : 2 malades ont présenté une tumeur au cours d'une grossesse.

Dans un cas, la tumeur est apparue en cours de grossesse puis est restée stationnaire; dans l'autre cas, la tumeur apparue au cours de la grossesse a subi une poussée évolutive au moment de l'allaitement et surtout à la fin de celui-ci avant de rester stationnaire.

Dans 7 cas, la tumeur est apparue chez des femmes en période de ménopause, dans un cas la tumeur existait depuis I2 ans et a subi une poussée évolutive à la ménopause. Dans un autre cas, la tumeur est apparue à la ménopause puis a régressé pendant 6 ans pour réapparaître en 6 mois.

Pour ISIDOR, un dysfonctionnement endocrinien expliquerait l'apparition de la tumeur.

Certains auteurs comme STEPHENSON, GROSS, GUMPORT, MEYER ou Madame LAFARGUE rejettent toute influence du cycle menstruel, de la grossesse ou de la lactation sur la tumeur.

Mais la plupart des auteurs admettent une influence hormonale : la majorité des femmes atteintes sont en période d'activité génitale; le cycle menstruel peut intervenir : TREVES et SUNDERLAND rapportent 11 cas avec poussées régressives lors de la menstruation.

L'influence de la grossesse comme stimulus de croissance est indéniable pour MAIER.

TREVES et SUNDERLAND rapportent un cas de tumeur apparue avec la lactation et disparue avec elle, une récidive est survenue 8 ans $\frac{1}{2}$ après lors d'une nouvelle lactation, mais n'a pas rétrocédé.

La ménopause favoriserait l'apparition de la tumeur, sa croissance rapide ou sa transformation maligne.

Un certain nombre de cas sont survenus à l'âge pré-pubertaire : MAC DONALD et HARRINGTON rapportent un cas de tumeur phyllode bilatérale chez une fillette de 13 ans. MARION et GIBBS rapportent chacun le cas d'une enfant de 12 ans.

De nombreux auteurs ont fait état de cas survenus en période post-ménopausique.

Le cas rapporté par REINGOLD et ASCHER est celui d'un homme présentant une gynécomastie et une atrophie testiculaire.

Pour les classiques, la tumeur phyllode apparaît sur un sein ayant subi des agressions itératives : lactation, abcès, etc... ou à partir d'une tumeur préexistante : fibro-adénome le plus souvent.

De nombreux auteurs ont insisté sur la fréquence d'un fibro-adénome dans les antécédents de la malade :

- 47 cas sur 111 pour LEE et PACK;
- 16 cas sur 30 pour MAIER;
- 7 cas sur 15 pour STEPHENSON;
- 4 cas sur 10 pour SICARD;
- 3 cas sur 29 pour WEST.

Les traumatismes n'auraient aucune influence.

Dans notre étude, sur 91 cas, on retrouve dans les antécédents des malades :

- un fibro-adénome : 8 cas;
- un kyste : 2 cas;
- un écoulement sanglant : 1 cas;
- une exérèse de lipome : 1 cas;
- une intervention pour une affection non précisée : 4 cas;
- un traumatisme : 1 cas;
- un abcès : 2 cas;
- une intervention esthétique des seins : 1 cas.

Les lésions associées sont assez rares :

Dans notre étude, nous avons observé un certain nombre de lésions controlatérales :

- micro-kystes : 3 cas;
- fibro-adénome : 3 cas;
- mastose scléro-kystique : 1 cas;
- adénocarcinome : 1 cas;

Dans 1 cas existe un fibro-adénome simultané du même sein.

GERSHON - COHEN et L. MOORE rapportent un cas de tumeur phyllode avec épithélioma dans le même sein.

MAIER rapporte 6 cas de fibro-adénome du sein opposé sur ses 30 malades. Quant à la survenue d'un adénocarcinome, elle n'est pas plus fréquente chez les femmes ayant ou ayant eu une tumeur phyllode, que dans la population en général (MAIER).

RICHARDS et WAY rapportent un cas avec adénocarcinome du même sein.

WEST, WEILAND, CLAGETT citent un cas où un comédo-carcinome fût découvert lors d'une intervention pour tumeur phyllode.

TEMPS DE LATENCE

Très souvent les malades ne viennent consulter qu'après une période assez longue d'évolution : quelques mois ou quelques années de latence précédent fréquemment une brusque augmentation de volume.

Dans notre étude, la durée d'évolution de la tumeur varie de 2 jours à 24 ans avec une moyenne de 33 mois se répartissant en :

- Groupe I : 14 mois (extrêmes : 8 jours - 5 ans);
- Groupe II : 26 mois (extrêmes : 8 jours - 17 ans);
- Groupe III : 20 mois (extrêmes : 2 jours - 10 ans);
- Groupe IV : 83 mois (extrêmes : 1 mois - 28 ans).

Une phase de croissance brutale soit d'emblée, soit après une période de quiescence a été notée :

- 1 fois dans le Groupe I (7,1%)
- 6 fois dans le Groupe II (20,6%) dont un cas contemporain de la ménopause
- 6 fois dans le Groupe III (18,1%)
- 6 fois dans le Groupe IV (40%).

Cette brusque augmentation de volume serait tellement caractéristique que SICARD en dit : "Si l'on veut bien se rappeler que seules les tumeurs phyllodes parmi les tumeurs bénignes du sein ont un accroissement aussi rapide, le diagnostic ne peut échapper". Cette particularité de l'évolution a été également signalée par ADAIR et HERRMANN en 1946, BARTON-WEAVER en 1966, HANSEN en 1967, LEE et PACK en 1931. Mais un kyste peut avoir une évolution très rapide.

En 1967, MAC DIVITT sur une étude de 73 malades ne relève aucun cas d'augmentation brutale dans les formes bénignes alors qu'elle existe une fois sur trois dans les formes malignes.De plus, si 15% des femmes présentant une tumeur bénigne ont un temps de latence avant l'intervention de 5 ans et plus,ce pourcentage passe à 35% quand on considère les malades ayant une tumeur maligne.

Cette période de latence et cette brusque poussée évolutive sont particulièrement marquées chez les malades du Groupe IV de notre étude.

SIGNES AMENANT A CONSULTER

Le plus souvent, il s'agit de la découverte par la malade d'une masse dans son sein : 72 de nos 91 cas ont été ainsi amenées à consulter, soit 79,1% des cas. Cela représente 85,8% des malades de type I : 75,9% des malades de type II;84,8% des malades de type III et 66,7% des malades de type IV.

Les autres motifs de consultation sont plus rares :

- dans 4 cas (soit 4,4%) il s'agit de douleurs : 7,1% des cas de type I; 7,5% des types II et 3,3% des types III;
- dans 2 cas (2,2%) une augmentation globale du volume du sein est en cause: cela représente 7,1% des malades de type I et 3,3% de ceux de type III;
- dans 1 cas (1,1%) il s'agit d'une modification du prolongement axillaire, soit 3,8% des cas de type II;
- dans 1 cas (1,1%) une ulcération a amené la malade à consulter : 3,3% des cas de type III;
- dans 10 cas (11%) on est sans renseignement sur le motif de la visite initiale.

MOTIF DE LA CONSULTATION	NOMBRE DE MALADES				
	Global	type I	type II	type III	type IV
MASSE	72	12	22	28	10
DOULEUR	4	1	2	1	-
AUGMENTATION DU SEIN	2	1	-	1	-
MODIFICATION DU PROLONGEMENT AXILLAIRE	1	-	1	-	-
TRAUMATISME	1	-	-	1	-
ULCERATION	1	-	-	1	-
SANS RENSEIGNEMENT	10	-	4	1	5

AUTRES SIGNES CLINIQUES

	TREVES	MAC DIVITT	NORRIS	INSTITUT G. ROUSSY
DOULEURS			27% des 94	15/91
ROUGEUR, CHALEUR				15/91
CIRCULATION COLLATERALE				13/91
ULCERATION			10% des 94	2/91
ADHERENCE DE LA PEAU	8/77	2/73	15% des 94	8/91
RETRACTION DU MAMELON	2/77	4/73		5/91
ECOULEMENT PAR LE MAMELON	1/77	1/73	1% des 94	-
FIXATION A LA PAROI THORACIQUE			1% des 94	I/91 incomplète
GANGLION METASTATIQUE	1/77	-	3/94	-

Parmi les autres signes cliniques :

- douleurs : 15 cas dont 4 à la palpation; les autres se répartissent à peu près régulièrement dans les divers groupes histologiques;
- rougeur et chaleur : 15 cas : 1 de type I, 5 de type II, 5 de type III et 4 de type IV.
- circulation collatérale : 13 cas : 1 de type 1, 3 de type II, 5 de type III et 4 de type IV;
- ulcération : 2 cas, 1 du groupe III et l'autre du groupe IV.
- adhérence de la peau : 8 cas, dont 4 au niveau de cicatrice ; les 4 autres se répartissent également entre les groupes III et IV;
- rétraction du mamelon : 5 cas dont 3 du groupe II, 1 du groupe III et 1 du groupe IV.
- La fixation à la paroi thoracique a été notée de façon incomplète dans 1 cas du groupe IV.
- adénopathie axillaire banale : 38 cas.

T A I L L E

Toutes les dimensions peuvent se voir.

Dans notre étude, elles varient de 0,5 cm à 25 cm avec un diamètre moyen de 5,5 cm.

La répartition des tumeurs en fonction de leur type histologique est donnée par l'histogramme.

On voit que : * les tumeurs de type I varient de 1,5 cm à 15 cm avec une moyenne de 5,3 cm;

* les tumeurs de type II varient de 1 à 25 cm avec une moyenne de 5,9cm;

* les tumeurs de type III de 1 à 7 cm avec une moyenne de 3,5cm.

* les tumeurs de type IV de 0,5 à 15 cm avec une moyenne de 7,9 cm.

Les tumeurs de type IV sont donc sensiblement plus volumineuses que celles des autres groupes histologiques. Les médianes se déplacent vers les diamètres plus élevés lorsqu'on passe de la classe I à la classe IV (Cf. histogrammes).

Pour la plupart des auteurs, la taille de la tumeur n'a aucune valeur pronostique C'est ainsi que NORRIS donne dans ses critères :

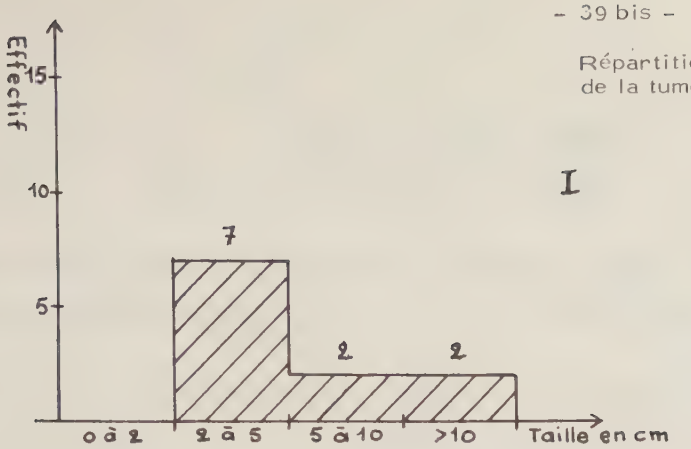
* pas de décès pour une tumeur inférieure à 4 cm;

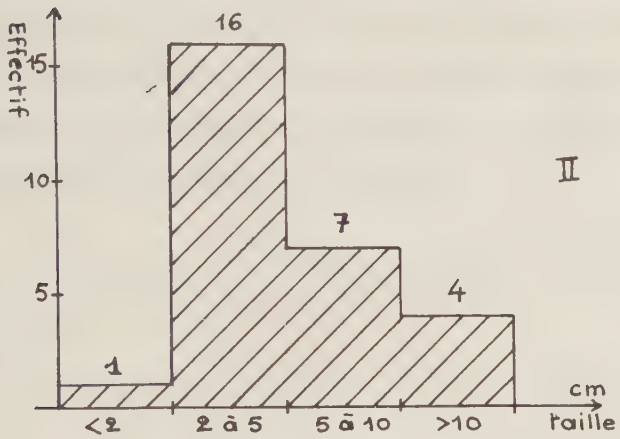
* mais pour une tumeur de plus de 4 cm, il n'y a pas de parallélisme entre la taille et la gravité.

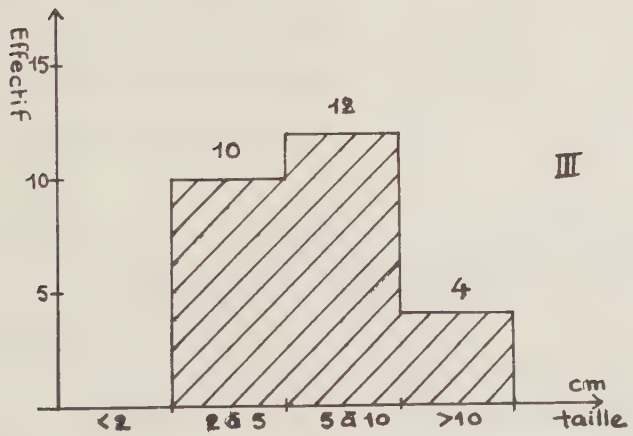
LEE et PACK décrivent une tumeur de 45 cm entièrement bénigne, tandis qu'en 1965, OBERMAN rapporte un cas de 2 cm qui a donné des métastases et entraîné la mort de la malade en 5 ans.

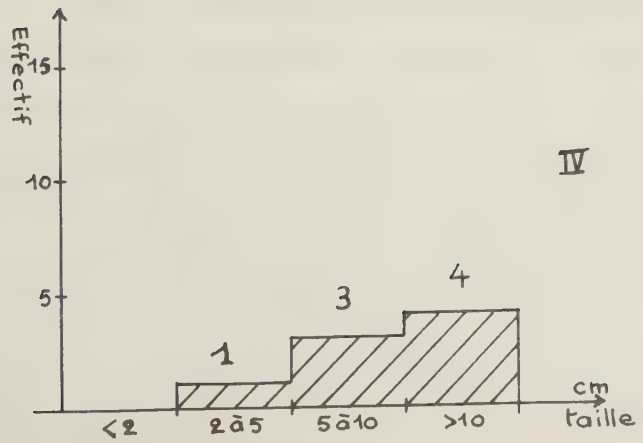
MAC DIVITT, URBAN et FARROW donnent comme valeur de diamètre moyenne : 4,6 cm pour les tumeurs bénignes et 6,2 cm pour les tumeurs malignes. Plus de la moitié de leurs cas ont moins de 5 cm de diamètre; cette catégorie de tumeur représente pour TREVES et SUNDERLAND 25% des formes bénignes et 13% des formes malignes, mais aucune de leurs tumeurs bénignes ne dépasse 15 cm, ce qui les conduit à accorder une certaine valeur pronostique à la taille de la tumeur. Pour MAIER aussi, il semble que les grandes tumeurs soient plus volontiers malignes.

Répartition des malades en fonction de la taille de la tumeur et du type histologique









ASPECT RADIOLOGIQUE

La tumeur phyllode réalise une opacité dense, homogène, polycyclique ou plus ou moins arrondie, dont la taille correspond au volume palpé.

Elle est bien limitée, et refoule les tissus sains en périphérie.

Pour certains, il y a persistance du liseré de sécurité, ce qui témoigne de la bénignité de la lésion; alors que pour d'autres, ce liseré est absent, permettant de distinguer la tumeur phyllode maligne du fibro-adénome banal. Quant à l'estompage des contours, il serait en faveur de la malignité, sans qu'il y ait de prolongements rameux (VERHAEGHE).

Des calcifications intra-tumorales macroscopiques, bénignes, sont parfois notées (GROS, LE GAL, BURG).

Notre étude radiologique porte sur 65 cas :

- 9 cas de type I;
- 21 cas de type II;
- 27 cas de type III;
- 8 cas de type IV.

En effet, sur les 91 malades vues à l'Institut Gustave-Roussy :

- 8 malades sont venues pour avis après intervention (1 cas de type I, 1 cas de type II et 6 cas de type IV);
- 1 malade de type IV a eu une mastectomie de propreté d'emblée;
- 4 malades ont été opérées sans examen radiologique préalable (1 malade de type I, 2 cas de type II et 1 cas de type III);
- dans 6 cas les opacités glandulaires étaient trop denses pour permettre un examen radiologique convenable (2 cas de type I, 1 cas de type II et 3 cas de type III);
- dans 2 cas la lésion située dans le prolongement axillaire n'a pu être radiographiée (1 cas de type I et 1 cas de type III);
- dans 5 cas enfin, la radiographie n'a pas permis de déceler d'image tumorale (4 cas de type II et 1 cas de type III).

TYPE I	DATE du cliché	SIEGE		TAILLE	FORME	DISSOCIABLE	LIMITES	HOMOGE-NEITE	CALCIFI-CATION	OEDEME	PEAU	PONCTION	SIGNES ASSOCIES
5/53.0092 AE	24.6.61	SG	Q.I.E.	3,5x 3	bilobée	-en haut et en dehors	+ -	+ -	-	-	Normale	-	2 nodules QSI 1 nodule QII
5/53.3213	23.6.58	SG	Q.sup. médian	2,3x 2,5	arrondie	+	Liséré de sécurité	+ -	-	-	Normale		
5/59.3072 KU	9.6.59	SG	Q.Sup médian	1,5 x 1,5	arrondie	- en dedans	+	+ -	-	-	Normale		S.Droit:kystes
	2.4.62	SG	Q.Sup médian	2 x 2	arrondie	- en dedans	+	+ -	-	-	Normale		S.Droit:kystes
I/63.1537	29.II.65	SG	Q.S.I	2,5 x 2,5	ovalaire	-	-	+ -	-	-	Normale		
5/67.3572 PZ	I5.I.70	SD	Q.inf	5 x I2	ovalaire	- en haut et en dedans	+	+	-	-	Normale		
5/70.4885 SS	2I.7.70	SG	QSE.	2,5 x 1,5	bilobée	- en arrière	+ -	+ -	-	-	Normale		
5/70.5787 UK	22.7.70	SG	Tout le sein	8 x I0	ovalaire	- en arrière et en bas	+	+	-	-	Normale		
5/7I.7926 SE	I0.II.7I	SD	QSup. médian	4 x 3	bilobée	- en bas et en avant	Liséré de sécurité en haut	+	-	-	Normale		
5/72.5III XP	23.6.72	SD	Q.médian	6 x 6	arrondie	-	±	+	-	-	Normale		

TYPE II	Date du cliché	SIEGE		TAILLE	FORME	DISSOCIABLE	LIMITES	HOMOGENEITE	CALCIFICATION	OEDEME	PEAU	PONCTION	SIGNES ASSOCIES
5/56.2539 PX	25.3.65	SG	Q.Ext. + cent.	6 x 6,5	bilobée	- en arrière	±	+	-	-	Normale	-	
5/57.2951	I2.6.57	SD	Tout le sein	>11 x 9	bilobée	- en dehors et en arrière	±	+	macro-calcification périph.	-	Normale		Sein G.: macro-calcification
5/58.5757	I4.II.58	SD	QSI	5 x 3,5	ovalaire	- sauf en haut	±	+	-	-	Normale		
	27.I.59	SD	QSI	5 x 4	ovalaire	- sauf en haut	±	+	-	-	Normale		
	II.6.59	SD	QSI	5 x 4	ovalaire	- sauf en haut	±	±	-	-	Normale		
	I5.2.60	SD	Q.SI +cent.	6 x 5	arrondie	- en arrière	+	±	-	-	Normale		
	2I.I2.60	SD	Q.SI +cent.	6,5 x 5	ovalaire	- en arrière	+	±	-	-	Normale		
	I4.II.58	SG.	Q.Sup.	5,5 x 4,5	bilobée	-	±	±	-	-	Cicatrice épaississt rétro-aréolaire		
	27.I.59	SG	Q.Sup	5,5 x 5	bilobée	±	±	-	-	-	id.		
	II.6.59	SG	Q.Sup +cent.	5,5 x 5	bilobée	- en haut et en dehors	±	±	-	-	id.		
	I5.2.60	SG	Q.Sup. +cent	7 x 8,5	polylobée	- sauf en dedans	±	±	-	-	id.		
	2I.I2.60	SG	Tout le sein	>9 x I2	bilobée	- en arrière	+	+	-	-	id.		
5/59.3053	I0.2.6I	SD	Q.Ext.	2,5 x 4	ovalaire	- sauf en bas	±	±	-	-	Normale		
5/60.284 BW	20.I.60	SG	Q.II	2 x 2	arrondie	- en arrière	+	+	-	-	Normale		
5/60.6II6	23.II.60	SD	Q.I.I.	3 x 2,5	ovalaire		Liséré de sécurité en bas	±	-	-	Normale		

TYPE II	DATE du cliché	SIEGE	TAILLE	FORME	DISSOCIABLE	LIMITES	HOMOGENEITE	CALCIFICATION	OEDEME	PEAU	PONCTION	SIGNES ASSOCIES
5/61.5495 PF	27.10.61	SD Q.S.E.	3,5 x 3	ovalaire	- en bas et en dedans	liséré de sécurité en dehors	+	-	-	Normale	-	
		Q.Ext Méd.	1,5 x 1,5	arrondie	±		±	-	-			
5/62.3540	9.6.62	SG Q.I.E.	4 x 3,5	ovalaire	- en arrière et en haut	liseré de sécurité incomplet	+	-	-	Normale	-	
5/62.5354	25.11.63	SD Q.Cent	2,5 x 2,5	ovalaire	- en avant	+	±	-	-	Cicatrice épaississt cutané		
5/63.2216 BD	29.4.63	SD Q.S.E.	2,5 x 2	ovalaire	±	±	±	-	-	Normale	Quelques mm3 de liquide sirupeux	
		Q.Ext. médian	2,5 x 2	ovalaire	+	liseré de sécurité	+ -					
5/64.1710 AD	9.3.64	SD Q.I.I.	6,5 x 5,5	bilobée	+	+	±	-	-	Normale	-	Dilatation des vaisseaux
5/66.1876	23.3.66	SG Q.SI.	3,5 x 2,5	polylobée	± en dedans	+	±	-	-	Normale	-	
5/66.4832 NP	31.12.69	SD Q.S.E.	5 x 3,5	polylobée	- en arrière	±	±	+	-	Normale		
7/67.0213 AA	15.10.71	SD Q.Inf. médian	6,5 x 6	ovalaire	+	Liseré de sécurité partiel	-	-	-	Normale	-	
5/68.5035 LA	12.8.68	SD Q.S.E.	7 x 6	arrondie	- en bas et en arrière	±	+	-	-	Normale	1,5 ml de liquide sanglant épais	S. droit: calcification
5/69.3288 XX	7.5.69	SD Tout le sein	15 x 23	polylobée	- en arrière	+	+	-		Epaississt cutané		
5/69.3504 LS	16.5.69	SG Tout le sein	15 x 16	polylobée	- en arrière	+	+	-	-			S.droit: calcification

TYPE II	DATE du cliché	SIEGE		TAILLE	FORME	DISSOCIABIL.	LIMITES	HOMOGE-NEITE	CALCIFI-CATION	OEDEME	PEAU	PONCTION	SIGNES ASSOCIES
I/69.7515 TF	25.II.69	SG	Q.S.E.+ Q.S. médian	2 x 2 2 x 2,5	Polylobée arrondie	±	±	±	+	-	Normale		
5/70.2458 KK	25.3.70	SG	Q.E. médian	3 x 3,5	arrondie	- en dedans et en arrière	±	+	-	-	Normale	Quelques gouttes de liqui-de san-glant	
5/70.7578 UH	I2.I0.70	SD	Q.inf médian	6 x 8	arrondie	- en arrière	±	±	-	-			
5/72.I303 WS	2I.I.72	SG	Q.I.E.	3,5x 3,5	arrondie	+	liseré de sécurité	±	+	-	Normale		

TYPE III	DATE du cliché	SIEGE		TAILLE	FORME	DISSOCIABIL.	LIMITES	HOMOGE-NEITE	CALCIFI-CATION	OEDEME	PEAU	PONCTION	SIGNES ASSOCIES
5/54.6358	3.I.55	SD	Tout le sein	>8 x 9	ovalaire	±	+	+	-	-	Normale	-	
5/55.52I2	24.7.59	SD	Q.Ext Q.S.I et central	8,5 x I2	polylobée	- en bas et en dedans	liseré de sécurité partiel	±	+	-	Normale	-	
5/56.23I6 FR	3.II.69	SD	Q.Cent.	3 x 3	arrondie	- en arrière	+	+	-	-	Normale	-	
5/59.625I	I6.II.59	SG	Q.SE	9,5x 6,5	polylobée	+	+	-	+	-	Normale		
5/60.I23I	4.3.60	SG	Q.Inf centr.	2 x 2	arrondie	- en arrière	+	+	-	-	Normale		
5/60.593I	8.II.60	SG	Q.Sup centr.	I x 2,5	arrondie	-	+	+	-	-	Normale		
5/6I.4I69	II.3.64	SD	Q.Sup. centr.	2,2 x 3	bilobée	±	liséré de sécurité incomplet	+	-	-	Normale		
5/63.3000 RG	5.6.63	SG	Q.Ext médian	5 x 4,5	bilobée	- en dedans	Liseré de sécurité incomplet	+	-	-	Normale	-	S.Droit:opacité arrondie : mastose sclérokystique
5/64.24I4 DA	7.4.64	SD	Q.SE	5 x 3,5	arrondie	- en dedans	±	+	-	-	Normale	quelques gouttes de sang	
5/64.434I EA	8.6.64	SG	Q.Ext médian	2 x 2	bilobée	±	-	±	-	-	Normale	-	
5/65.2I62 EE	29.3.65	SD	Tout le sein	I4 x I5	polylobée	±	±	±	-	-	Normale		
5/65.5806	20.8.65	SD	Q.Sup médian	9 x 8			+	+	-	-	Normale		
5/65.8454 SR	8.I2.65	SD	Tout le sein	>8,5 x6	polylobée	+ -	+ -	+ -	-	-	Cicatrice déformation		

TYPE III	DATE du cliché	SIEGE		TAILLE	FORME	DISSOCIABIL.	LIMITES	HOMOGE-NEITE	CALCIFI-CATION	OEDEME	PEAU	PONCTION	SIGNES ASSOCIES
5/66.4509 PL	I.7.66	SG	Q.S.E.	6 x 4	polylobée	+	+	+	+	-	Normale		
5/66.5200 AN	3.8.66	SG	Q.Ext médian	5,5 x 4,5	polylobée	- en haut	±	±	+	-	Normale	-	
5/66.6265	2I.9.66	SD	Q.Sup médian	4 x 2,5	ovalaire	- en dedans	liseré de sécurité partiel	±	+	-	Normale	-	
5/66.6729 WT	I0.I0.66	SG	Q.S.I.	4 x 4	arrondie	- en avant	±	+	-	-	Normale	6cc liquide clair, épais	
			Q.inf. médian	7 x 7	arrondie	- en arrière							
5/67.785	2.2.67	SD	Tout le sein	I4x I2	polylobée	-	±	+	+	-			
5/68.5706 SG	23.9.68	SD	Q.Inf médian		polylobée		+	+	-	-	Normale	-	
5/68.836I SX	24.9.70	SG	Q.Sup médian	2,5 x 2,5	ovalaire	-	+	*	+	-	Normale	-	
5/70.I60 TN	I2.I.70	SD	Tout le sein	7I0 x I3	arrondie	- en arrière	±	±	+	+			S.gauche : kystes
5/70.2627 GP	23.9.70	SD	Q.I.I.	5, x 5,5	ovalaire	+	+	±	-	-	Normale		
5/70.3072 AZ	22.4.70	SD	Q.S.E.	3,5 x 3	polylobée	-	-	-	-	-	Normale		
5/70.5838 RL	29.7.70	SG	Q.I.I. +centr.	6 x 5,5	polylobée	+	+	+	-	-	Normale		
5/7I.24I UR	I9.I.7I	SG	Q.Ext médian	2 x 3	bilobée	+	+	+	+	-	Normale		
5/7I.I326 BH	22.2.7I	SG	Q.S.I. central	5,5 x 4	polylobée	+	±	+	-	-	Normale		
5/72.770 FR	28.I.72	SD	Central	3 x 3	arrondie	+	±	+	+	-	Normale	-	

TYPE IV	DATE du cliché	SIEGE		TAILLE	FORME	DISSOCIABIL.	LIMITES	HOMOGE-NEITE	CALCIFI-CATION	OEDEME	PEAU	PONCTION	SIGNES ASSOCIES
5/62.4334	I3.8.62	SG	Tout le sein	>8,5 x I7	polylobée	- en arrière	±	+	+		Epaississt cutané		
5/62.6437 MK	5.I2.62	SG	Q.Cent.	5 x 6	bilobée	- en arrière	±	+	+	-	Normale		
5/63.577	5.2.63	SD	Q.inf médian	7 x 7	arrondie	±	+	+	-	-			Dilatation des vaisseaux
5/64.683I ML	29.9.64	SD	Q.S.E.	3,5 x 4	polylobée	+	liseré de sécurité partiel	±	+	-	Normale	-	Dilatation des vaisseaux
5/68.45I3 LT	I7.7.68	SD	Tout le sein	>9 x I2	ovalaire	- en bas et en arrière	+	+	+	-	Normale		
5/68.5053 LX	I2.8.68	SD	Tout le sein	>6 x I2	polylobée	-	+	±	-	-	Biopsie: épaississt cutané.		
5/68.6692 ZP	22.I0.68	BD	Q.S.E.	8 x 4	polylobée	±	±	±	-	-	Normale		
5/72.8330 FA	I8.I0.72	SG	Tout le sein	>I5 x I2	polylobée	-	±	+	-	-			

T A I L L E

La dimension moyenne de la tumeur est de 5,9cm, se répartissant comme suit en fonction du type histologique de la tumeur :

- Type I : 4,4 cm (extrêmes : 1,5 et 12 cm);
- Type II : 5,8 cm (extrêmes : 2 et 16 cm);
- Type III : 5,9 cm (extrêmes : 2 et 15 cm);
- Type IV : 7,6 cm (extrêmes : 4 et 12 cm).

Ces résultats sont à peu près superposables à ceux des tailles données par la clinique. Ceci est confirmé par le tableau suivant qui donne les tailles comparées obtenues par la clinique, l'anatomo-pathologie et la radiologie.

	TAILLE CLINIQUE	TAILLE ANATOMIQUE	TAILLE RADIOLOGIQUE
5/53 - 0092 A E		2,4 x 2,1 x 1,6	3,5 x 3
5/58 - 3213	2 x 2 x 2	2 x 2 x 2	2,3 x 2,5
5/59 - 3072 K U	2 x 1 x 1		2 x 2
1/63 - 1537	2 x 1	2,2 x 1	2,5 x 2,5
5/67 - 3572 P Z	7 x 7	9 x 8 x 4	5 x 12
5/70 - 4885 S S	2,5 x 2	2 x 2 x 1,5	1,5 x 2,5
5/70 - 5787 U K	5 x 5	10 x 8,5 x 3	> 8 x 10
5/71 - 7926 S E	4 x 3	3 x 3 x 2,5	4 x 3
5/72 - 5111 X P		6,5 x 5 x 3	6 x 6
5/56 - 2539 P X	6 x 6	9 x 5 x 4	6 x 6,5
5/57 - 2951	10 x 12		> 11 x 9

	TAILLE CLINIQUE	TAILLE ANATOMIQUE	TAILLE RADIOLOGIQUE
5/58 -- 5757		2 x 2 x 1,5	6,5 x 5
		20 x 15 x 15	9 x 12
5/60 - 6116		3 x 2 x 2	3 x 2,5
5/61 - 5495 P F	4 x 4	3,3 x 2,5 x 2	3,5 x 3
5/62 - 3540	4 x 4	7,4 x 2,5	4 x 3,5
5/62 - 5354	4 x 5 x 3	3 x 3	2,5 x 2,5
5/64 - 1710 A D	4 x 5,5 x 4	5,5 x 4	6,5 x 5,5
5/66 - 1876	4 x 3	2,5 x 2,5 x 12	3,5 x 2,5
5/66 - 4832 N P	3 x 3	3 x 3 x 2	5 x 3,5
7/67 - 00213 A A	6 x 4	8 x 5,5 x 3,5	6,5 x 6
5/68 - 5035 L A		7,5 x 6 x 6	6 x 7
5/69 - 3288 X X	Tout le sein	18 x 13 x 15	> 15 x 23
5/70 - 2458 K K	2 x 2	4 x 3 x 3	3 x 3,5
5/70 - 7578 U H	5 x 6		6 x 8
5/72 - 1303 W S		4 x 3,5 x 3	3,5 x 3,5
5/54 - 6358	8 x 8	8,5 x 8 x 6	> 8 x 9
5/55 - 5212		16 x 10 x 5	8,5 x 12
5/56 - 2316 F R		2,5 x 2,5	3 x 3
5/60 - 5931	2 x 2		1 x 2,5
5/61 - 4169	1,2 x 1,5	1,7 x 1,7	2,2 x 3
5/63 - 3000 R G	5 x 5	9 x 8 x 4,5	5 x 4,5
5/64 - 2414 D A	6,5 x 6,5	6,5 x 6,5	5 x 3,5
5/64 - 4341 E A	4,5 x 4,5		2 x 2
5/65 - 2162 E E	10 x 13	13 x 10 x 9	14 x 15

	TAILLE CLINIQUE	TAILLE ANATOMIQUE	TAILLE RADIOLOGIQUE
5/65 - 5806	6 x 7 x 4	8 x 6 x 3,5	9 x 8
5/65 - 8454 S R		8 x 7	8,5 x 6
5/66 - 4509 P L	4 x 4 x 4	3 x 3,5 x 5	6 x 4
5/66 - 5200 A N	5 x 4 x 4	5,5 x 4	5,5 x 4,5
5/66 - 6265	3 x 4	2,5 x 2,5	4 x 2,5
5/66 - 6729 W T	5 x 5	5,5 x 3,5x2,2	4 x 4
5/67 - 785	15 x 15	12 x 11 x 10	14 x 12
5/68 - 8361 S X	3 x 2	2,3 x 1,6	2,5 x 1,5
5/70 - 160 T N		11 x 11 x 8	> 10 x 13
5/70 - 2627 G P	7 x 8	7 x 6 x 4	5 x 5,5
5/70 - 3072 A Z	3,5 x 4		3,5 x 3
5/70 - 5838 R L	7 x 7	6 x 5,5 x 4,5	6,5 x 4,5
5/71 - 241 U L	2 x 1	2 x 1,3	2 x 3
5/71 - 1326 B H	4,5 x 4,5	4,5 x 3,2x2 5	5,5 x 4
5/72 - 770 F R	5 x 5	7 x 7 x 3,5	3 x 3
5/62 - 4334	14 x 11	14 x 11 x 6	> 8,5 x 17
5/62 - 6437 M K	5,5 x 5,5 x 5	5 x 5 x 3	5 x 6
5/63 - 577	7 x 8 x 8		7 x 7
5/64 - 6831 M L	3 x 3	3 x 3	3,5 x 4
5/68 - 4513 L T	15 x 15	15 x 12 x 8	> 9 x 12
5/68 - 5053 L X		13,5 x 9	> 6 x 12
5/68 - 6692 Z P	8 x 8	7 x 7	8 x 4
5/72 - 8330 F A		13 x 12 x 7	> 15 x 12

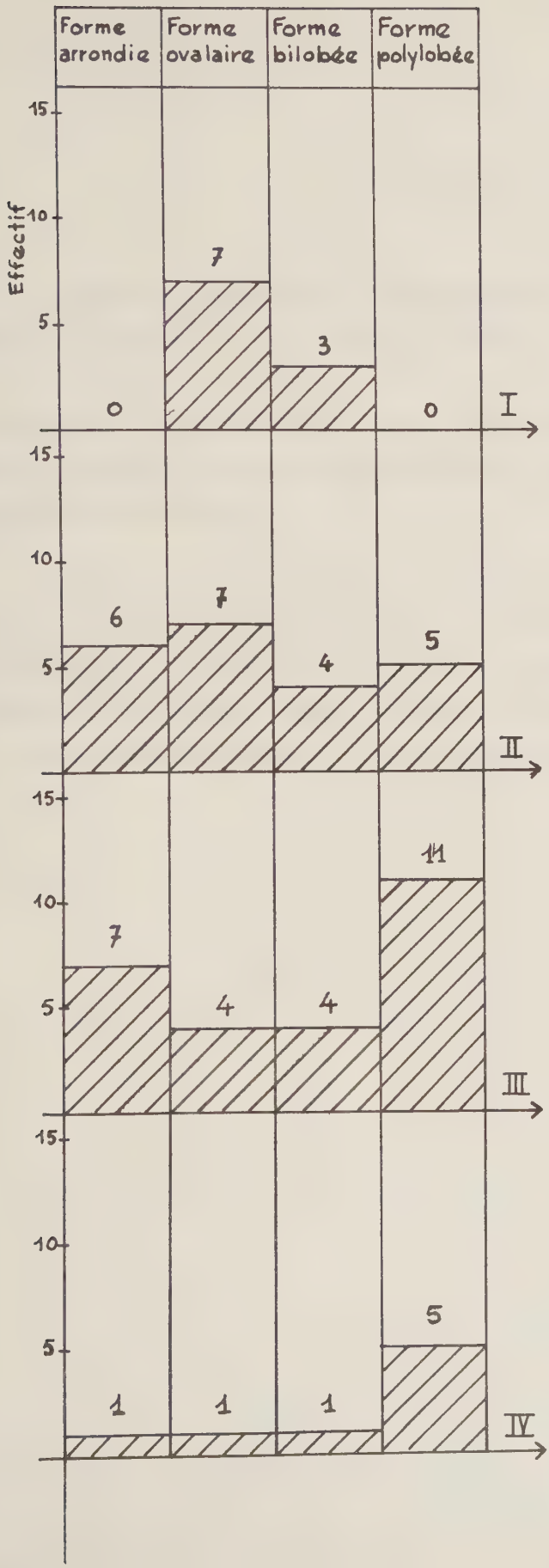
F O R M E

Dans notre étude, nous avons trouvé :

- 33 tumeurs arrondies ou ovalaires,
- 33 tumeurs bi ou polylobées

avec prédominance des formes arrondies et ovalaires aux stades I et II (respectivement 7/10 et 13/22) et prédominance des formes bi et polylobées aux stades III et IV (15/26 et 6/8). La répartition est donnée par l'histogramme.

Pour VERHAEGHE, la forme polylobée de la tumeur permet de la différencier d'un fibro-adénome. Pour d'autres (SOBEL - SICARD), la tumeur est plus ou moins arrondie.



Forme de l'opacité radiologique selon la classe histologique de la tumeur phyllode

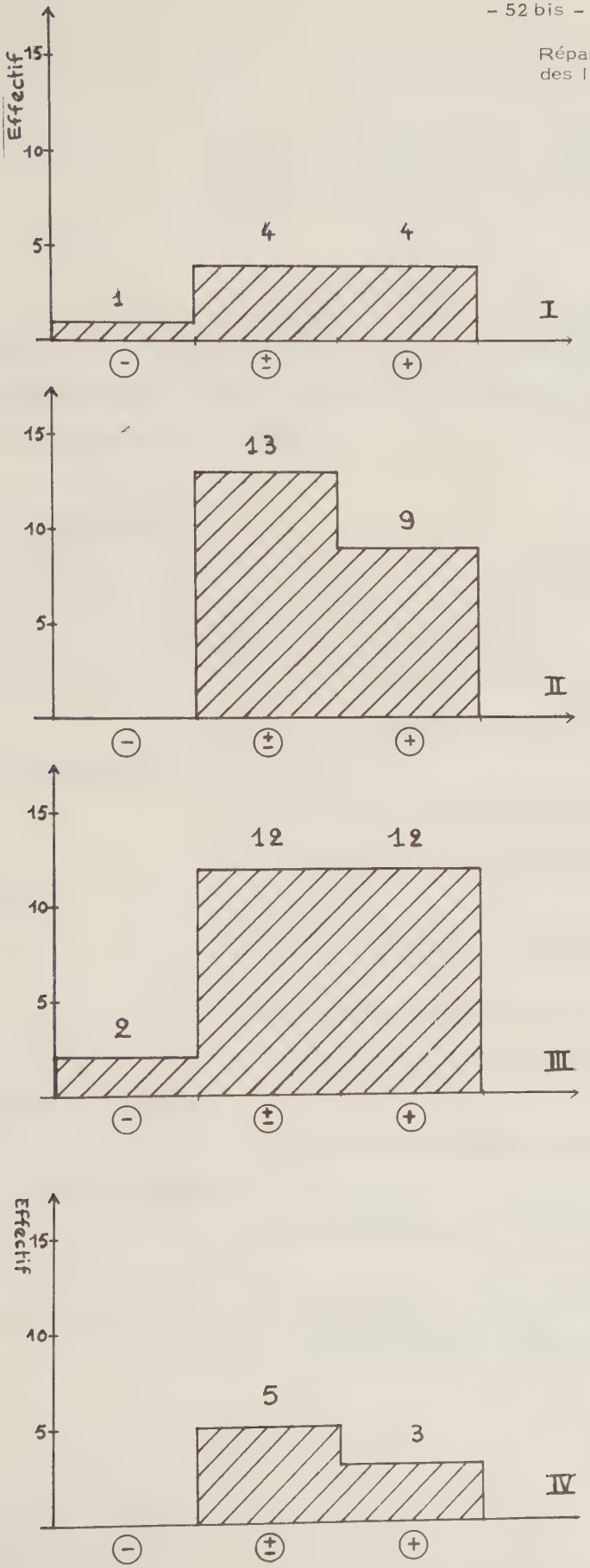
L I M I T E S

Les limites peuvent être très régulières avec bords nets (+) et parfois liseré de sécurité, le plus souvent partiel.

Ailleurs, les limites sont moins nettes sur une partie ($\pm$) ou plus rarement sur la totalité de la tumeur (-); mais dans aucun cas il n'a été observé de prolongements en spicule.

La répartition de ces trois types schématiques de limites ne révèle pas de prédominance d'une forme ou l'autre en fonction du type histologique. Il n'y a aucune tumeur mal limitée sur toute la périphérie dans les types IV, alors qu'il en existe un cas dans le type I et deux cas dans le type III. Dans un cas IV, il y a un liseré de sécurité sur une partie du contour.

Répartition en fonction de la régularité des limites de l'image



(−) : limites peu nettes sur tout le contour

(±) : limites peu nettes sur une partie du contour

(+) : limites nettes

INDIVIDUALISATION DE LA TUMEUR

Le plus souvent, les contours ne sont pas visibles sur toute la périphérie de la tumeur : soit qu'elle soit située en profondeur dans la glande et qu'une partie ne puisse être radiographiée, soit qu'en un point les contours se confondent avec le resté de la glande.

Ceci correspond à :

- 5 cas de type I : - 3 cas situés dans une glande hétérogène, fibreuse;
- 2 cas dans une glande dense, et dont un des deux est profondément situé, ce qui le rend en partie invisible sur les clichés;
- 19 cas de type II : - 8 cas correspondent à des seins fibreux;
  - 3 cas sont situés dans les seins fibreux et sont impossibles à radiographier en entier;
  - 5 cas ne sont vus que partiellement sur les clichés;
  - 2 cas sont situés dans des seins très denses dans leur ensemble;
  - 1 cas est mal dissociable de l'aréole.
- 12 cas de type III : - 4 cas sont localisés dans un sein scléreux;
  - 1 cas est situé dans un sein fibreux et n'est radiographié qu'en partie;
  - 6 cas sont trop profondément situés pour être vus en entier sur les clichés;
  - 1 cas appartient à un sein très dense
- 5 cas de type IV : - 1 cas logé dans un sein fibreux et non vu en arrière;
  - 4 cas nichés dans la profondeur du sein.

Ce n'est que beaucoup plus rarement que la tumeur est entièrement indissociable du reste de la glande : il s'agit de seins très denses, assez homogènes, au niveau desquels la tumeur est souvent profondément située :

- 2 cas de type I,
- 4 cas de type III,
- 2 cas de type IV.

Rarement, la tumeur est totalement individualisable, tantôt elle est dans un sein graisseux, tantôt elle est isolée par un liseré de sécurité :

- 1 cas de type I,
- 3 cas de type II,
- 7 cas de type III,
- 1 cas de type IV.

AUTRES SIGNES RADIOLOGIQUES

CALCIFICATIONS - Dans aucun cas, il n'a été observé de microcalcifications, quant aux calcifications macroscopiques, elles ont été notées dans :

- 4 cas de type II;
- 10 cas de type III;
- 4 cas de type IV.

L'OEDEME n'a été observé que dans 1 cas de type III.

L'EPAISSISSEMENT CUTANE a été noté le plus souvent après une intervention et n'a pas de valeur :

- 3 cas de type II dont 2 après intervention;
- 1 cas III après intervention;
- 2 cas IV dont 1 après intervention.

LA DILATATION DES VAISSEAUX a été constatée dans :

- 1 cas de type II;
- 2 cas de type IV.

LA PONCTION de la tumeur est le plus souvent négative, parfois elle a ramené quelques millimètres cubes de liquide sanglant (2 cas II, 1 cas III).

Pour GERSHON - COHEN cependant oedème et infiltration peuvent s'observer rendant suspecte une opacité arrondie et évoquant un fibro-adénome ou une tumeur phyllode.

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif est évoqué sur la confrontation de la clinique et de la radiologie et confirmé par l'histologie.

La tumeur phyllode apparaît à tout âge, mais surtout chez la femme de 45 ans. Elle évolue souvent pendant de longs mois avant de présenter une brusque poussée évolutive qui amène la malade à consulter. Il n'y a pas de rétraction de la peau, le mamelon est normal, il n'y a pas d'adénopathie. Souvent volumineuse, la tumeur s'accompagne parfois d'un amincissement mécanique de la peau et de circulation collatérale. L'état général est bon.

L'examen radiologique met en évidence une opacité très dense, de contours réguliers, arrondie ou polycyclique dont la taille correspond au volume clinique. Le tissu glandulaire sain est refoulé en périphérie par la tumeur dont un bord se confond souvent avec le reste du tissu mammaire. La ponction est négative.

L'examen anatomo-pathologique apporte des éléments de certitude en montrant l'aspect macroscopique caractéristique en "feuilles" et précise le type histologique en fonction des modifications de la composante conjonctive.

Dans notre étude le diagnostic a été porté par la mammographie :

- dans 2 cas de type I dont un avait été envisagé cliniquement;
- dans 6 cas de type II;
- dans 7 cas de type III dont deux envisagés cliniquement;
- dans 4 cas de type IV confirmant trois diagnostics cliniques.

Dans l'établissement du diagnostic positif, la part qui revient aux divers éléments, isolés, sans l'aide des autres, est donnée par le tableau suivant :

	CLINIQUE	RADIOLOGIE	ANATOMO-PATHOLOGIE		DIAGNOSTIC TOTAL ANATOMO-PATHOLOGIQUE
			Extemporané	Inclusion en paraffine	
TYPE I	3	1	4	1	9
TYPE II	1	6	7	7	21
TYPE III	6	5	8	8	27
TYPE IV	3	1	1	3	8

On voit bien l'apport fondamental au diagnostic de l'histologie et notamment de l'examen extemporané : bien qu'il soit parfois difficile de distinguer dès l'examen per-opératoire un fibro-adénome simple d'une tumeur phyllode, on devra s'efforcer de préciser au chirurgien au moment de l'intervention le diagnostic de tumeur phyllode, étant données les incidences thérapeutiques que celui-ci entraîne, comme nous le verrons plus loin.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

De 1953 à 1972, 14 diagnostics de tumeur phyllode ont été évoqués à tort sur l'aspect radiologique et infirmés histologiquement :

- 7 de ces diagnostics ont été évoqués sur l'image radiologique seule et infirmés par les constatations cliniques;
- 7 autres cas ont été envisagés devant des tumeurs évoluant rapidement parfois après une phase de quiescence, réalisant des masses mobiles, fermes, recouvertes d'une peau normale ou rouge et amincie avec circulation collatérale. Ces tumeurs se traduisaient radiologiquement comme des opacités denses à limites régulières sans signes associés.

Dans deux cas, la clinique a infirmé rapidement le diagnostic en ramenant du liquide à la ponction.

Après vérification histologique, 3 de ces cas étaient bénins (kyste, fibro-adénome, hyperplasie physiologique); les 4 autres étaient malins (adénocarcinome, sarcome réticulaire histiocytaire, carcinome médullaire, tumeur myoépithéliale).

Avant 35 ans, le diagnostic différentiel se fait avec les autres tumeurs bénignes essentiellement le fibro-adénome : masse polylobée, mobile, indolore, sans adhérence cutanée. Le plus souvent le fibro-adénome régresse, mais parfois il peut se calcifier ou se creuser d'une cavité plus ou moins importante. A la mammographie il donne une opacité homogène, arrondie ou bosselée, présentant un liseré clair assez large plus ou moins continu. Les contours sont nets, se projetant parfois dans un bloc fibreux qui rend difficile son individualisation. Ce fibro-adénome, né dans la trabéculation même du sein se continue par un sourcil, une queue. Sa visibilité est fonction du reste de la glande. Des calcifications grossières peuvent se voir, témoignant de formes anciennes (GROS).

Le diagnostic est très difficile dans les tumeurs phyllodes miniatures (GERSHON - COHEN).

Le diagnostic de kyste se pose rarement à cet âge.

Au-dessus de 35 ans, en cas de ponction négative, hormis un fibro-adérome possible, se pose surtout le diagnostic d'une tumeur maligne de contours plus ou moins réguliers :

- épithélioma colloïde se traduisant par une opacité homogène à bords plus ou moins flous tranchant nettement sur la clarté ambiante;
- carcinome médullaire où existe une fausse capsule, formée par le refoulement du tissu conjonctif normal;
- sarcome développé aux dépens du tissu conjonctif du sein, se traduisant par une masse plus ou moins arrondie, d'aspect bénin, sans peau d'orange, sans anomalie du mamelon, sans adénopathie. L'évolution varie selon la forme histologique;
- une première localisation d'un hématosarcome avec seins volumineux, circulation collatérale, sans infiltration cutanée ni adhérence. A la radiographie : opacité dense à limites nettes et arrondies parfois hétérogènes. L'extension de la maladie est rapide.

	AGE	SIEGE		ANTECEDENTS	SIGNES CLINIQUES	SIGNES RADIOLOGIQUES	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT et EVOLUTION
5/55-4572	39	SG	QII		Depuis 2 mois glonflement douloureux au moment des règles. Tumeur de 5 x 5 cm. dure, douloureuse, irrégulière, mobile. Peau rouge, circulation collatérale, ganglion axillaire banal.	Opacité polycyclique dense de 9 x 6 cm, à limites assez régulières, bien dissociable Peau normale.	Kyste	Kystectomie.
5/58-9I8	49	SG	QSE	Fibrome à 46 ans	Depuis deux ans augmentation de volume avec douleurs irradiant dans l'aisselle. A l'examen : placard volumineux, mobile, ferme, bien limité en dehors.	Opacité de plus de 11 x 10cm polycyclique, refoulant le tissu sain, bien limitée, homogène. Ponction négative.	Fibro-adénome	Adénectomie.
5/6I-493I	75	SG		Ménopausée à 53 ans.	Masse de I0xI0 cm, mobile sur le plan profond. Peau rouge, chaude, circulation collatérale	Opacité de I5 x I0 cm, mal limitée, dense. Petits nodules du quadrant supérieur.	Sarcome réticulaire histiocytaire.	Curiethérapie Décédée 4 mois plus tard de méta.multiples
5/66.2770 ML	56	SD	QSE	I enfant allaité. 0 F.C. Ménopause à 48 ans.	Nodule ayant grossi progressivement, poussée évolutive depuis 2 mois. Tumeur de 5x6cm polylobée, bien limitée, ferme. Peau rouge. Evoque tumeur phyllode, mais ponction :5 cc de liquide citrin puis sang. I ganglion axillaire banal.	Opacité de 6,5 cm de diamètre de contour régulier, bien dissociable sauf en arrière. Peau normale.	Carcinome médullaire	Mastectomie et curage axillaire.Décédée 7 mois plus tar
5/66-6076	48	SG	QII	4 enfants allaités 0 F.C. Ménopausée à 46 ans	Nodule ayant rapidement grossi en 4 mois, faisant I0 cm de diamètre, peau amincie. Ganglion axillaire.Ponction: I50cc liquide citrin.	Opacité de I0 cm de diamètre ronde, bien limitée.	Tumeur myoépithéliale	Mastectomie + Curiethérapie.
5/7I-2809 LH	28	SG	Q.Int.	1 enfant non allaité - 1 F C	Tuméfaction du sein gauche qui augmente avant les règles. Surveillance. Revient après 11 mois : augmentation au décours d'une grossesse : 5 x 4cm, mobile, molle.	Opacité ovalaire de 4 x 3,5cm de contour régulier avec liseré de sécurité.	Hyperplasie physiologique	Tumorectomie
5/7I-666I LP	46	SD	QSE	0 enfant 2 F.C.	Depuis 6 mois nodule ayant progressivement augmenté, mobile, ganglion axillaire.	Opacité de presque tout le sein, difficile à dissocier.	Adénocarcinome	Hamsted + curage mam. interne + radiothérapie.

T R A I T E M E N T

Nos malades ont été traitées comme suit :

- Type I : - tumorectomie : 13 cas;
  - tumorectomie élargie : 1 cas;
- Type II : - tumorectomie : 19 cas. Il y a eu 3 récidives, elles-mêmes traitées par tumorectomie;
  - tumorectomie large : 2 cas;
  - mastectomie : 5 cas;
  - mastectomie et prélèvement axillaire : 2 cas.
- Type III : - tumorectomie : 11 cas, une récidive soignée par tumorectomie large;
  - tumorectomie large : 3 cas, une récidive traitée par exérèse;
  - mastectomie : 10 cas;
  - mastectomie et prélèvement axillaire : 8 cas;
  - Halsted sans évidement mammaire interne : 1 cas.
- Type IV : - tumorectomie : 2 cas ayant récidivé. Dans un cas, la récidive a été traitée par mastectomie. La malade est décédée 7 ans plus tard après d'autres récidives traitées hors IGR. Dans l'autre cas, la récidive a été traitée par tumorectomie, mais on n'a pas assez de recul pour préjuger du pronostic;
  - tumorectomie large : 2 cas tous les deux décédés, de métastases pulmonaires et osseuses;
  - mastectomie : 4 cas, une récidive a été traitée par exérèse. Un de ces cas est décédé de métastases pulmonaires et osseuses.
  - mastectomie et prélèvement axillaire : 3 cas. Une récidive a été traitée par exérèse et la malade perdue de vue. Une autre est décédée.
  - Irradiation précédant une mastectomie avec prélèvement axillaire : 2 cas dont un est décédé de métastases multiples.

- irradiation post-opératoire après mastectomie et prélèvement axillaire : 1 cas décédé;
- Halsted : 1 cas.

Le traitement chirurgical précoce évite une mutilation.

L'ensemble des auteurs est unanime pour reconnaître que l'exérèse simple du noyau tumoral est un geste insuffisant exposant aux récidives, ce qui donne toute sa valeur au diagnostic de tumeur phyllode dès l'examen extemporané, permet d'apprécier la qualité de la résection et les limites de l'exérèse.

Quant à la mastectomie radicale type Halsted elle est discutée, de nombreux auteurs la trouvent excessive (BOTHAM, MAC DONALD, CLAGETT) car elle s'adresse à une tumeur souvent bénigne et non lymphophile. Pour d'autres, elle représente le traitement de choix (HAFNER, MEZGER, WYLIE).

Actuellement, la plupart des auteurs préconisent une tumorectomie large en cas de petite tumeur bénigne, une mastectomie simple en cas de grosse tumeur, de récidive ou de type IV, sans prélèvement ni évidement ganglionnaire.

La radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie semblent sans effet.

E V O L U T I O N

Dans notre série, 7 malades sont venues consulter pour récidive :

- 4 cas de type III ayant eu une tumorectomie en premier traitement;
- 3 cas de type IV dont 2 avaient eu une tumorectomie et 1 avait eu une mastectomie simple.

Sur les 50 malades traitées depuis 5 ans au moins il y a 3 récidives se répartissant comme suit :

- 1 cas de type III après tumorectomie initiale (5% des cas III)
- 2 cas de type IV dont une avait eu une tumorectomie et l'autre une mastectomie (28% des cas IV).

L'âge de ces malades varie de 16 à 61 ans avec une moyenne de 41,3 ans :

- type III : âges extrêmes : 16 à 61 ans, moyenne : 41,4 ans;
- type IV : âges extrêmes : 25 à 54 ans, moyenne : 41,2 ans;

La taille de ces récidives variait de 3 à 8 cm avec une moyenne de 5,2 cm.

- type III : tailles extrêmes : 3 à 8 cm; moyenne : 4,5 cm.
- type IV : tailles extrêmes : 6 à 8 cm, moyenne : 7 cm.

Le délai d'apparition de ces récidives par rapport à la date d'intervention varie de I à 8 mois avec une moyenne de 3,3 mois.

- type III : moyenne : 3 mois (délais : 1 à 8 mois)
- type IV : moyenne : 4 mois (délais : 1 à 8 mois).

Huit malades sont décédées, dont une d'un accident indépendant de sa tumeur. Les sept autres avaient une tumeur de type IV et sont mortes 4 mois à 7 ans après l'intervention initiale (moyenne : 28,6 mois).

Une malade a présenté des métastases multiples : pulmonaire , mésentérique ,

pancréatique, hépatique, rénale et gastrique. Trois autres malades ont eu des métastases osseuses. Aucune malade ne présentait d'atteinte ganglionnaire.

Pour DESAIVE et BETZ, la tumeur phyllode doit être considérée, dès son début, comme un cancer en puissance.

WULSIN oppose les tumeurs phyllodes de l'adolescente à celles de l'adulte par leur caractère entièrement bénin, sans récidive ni métastase.

KESSINGER, FOLEY, LEMON et MILLER ont étudié 67 cas malins : les récidives locales qui ont été notées (BARTON et WEAVER en I966, MAC DIVITT en I967) résultent certainement d'une exérèse incomplète de la tumeur primitive. La récidive locale peut devenir maligne et envahir le thorax (ROSS I954, TREVES et SUNDERLAND I95I).

Les métastases des tumeurs phyllodes sont semblables à celles des sarcomes, elles se font par voie hématogène et atteignent peu les ganglions : 8 cas ont été rapportés, ce qui représente 15,1 % des métastases. L'atteinte pulmonaire est très fréquente (66% des métastases); quant à l'atteinte osseuse, elle représente 33% des métastases pour ARIEL. Tous les organes peuvent être envahis.

Le temps d'apparition des métastases est variable : 3 mois (LONG, I962) à 12 ans (TREVES et SUNDERLAND).

D'après l'étude de NORRIS et TAYLOR, la moyenne d'âge des malades décédées était au moment du diagnostic de la lésion primitive de 7 ans supérieure à celle des autres malades, et la tumeur initiale avait 1,1 cm de diamètre en plus.

Sur les 67 cas recensés par KESSINGER, 58 sont mortes dans un délai de 29,9 mois après le traitement initial.

C O N C L U S I O N S

La tumeur phyllode est une tumeur rare. De I953 à I972 on en a recensé 91 cas à l'Institut Gustave-Roussy, ce qui représente 1,79 % de toutes les tumeurs du sein diagnostiquées histologiquement pendant cette période.

Les tumeurs de cette série ont été classées sans connaître l'évolution, en quatre types histologiques en fonction des modifications du tissu conjonctif. Ils vont du simple fibro-adénome à la forme sarcomateuse qui représente 16,4 % des cas étudiés.

Ces tumeurs n'ont été observées que chez des femmes. Elles siègent autant à gauche qu'à droite, et sont le plus souvent unilatérales. Nous n'avons noté qu'un seul cas bilatéral.

Elles surviennent vers 43 ans, les formes bénignes survenant chez des femmes plus jeunes (30 ans) que les formes sarcomateuses (54 ans).

Des antécédents de fibro-adénome ont été notés dans 8 des 91 cas.

Au moment de la consultation, la malade présente un nodule évoluant depuis 33 mois en moyenne, ce temps est un petit peu plus court dans les cas bénins (14 mois) mais franchement allongé dans les cas IV (83 mois). Cette période pendant laquelle la tumeur était quiescente ou d'accroissement modéré, précède souvent une brutale poussée évolutive, très nette dans les formes malignes.

Cette masse a un diamètre moyen de 5,5 cm : 5,3 cm pour les formes de type I, mais beaucoup plus important dans les formes de type IV : 7,9 cm. Elle s'accompagne parfois de douleurs, de signes inflammatoires locaux, d'un amincissement cutané mécanique, de circulation collatérale; mais il n'y a pas de rétraction de la peau, ni de modification du mamelon. Les adénopathies sont banales.

L'étude radiologique montre une opacité dense, assez homogène, dont la taille radiologique correspond au volume clinique.

Elle est de forme arrondie ou ovalaire dans les formes bénignes, plus volontiers bi ou polylobée dans les formes malignes.

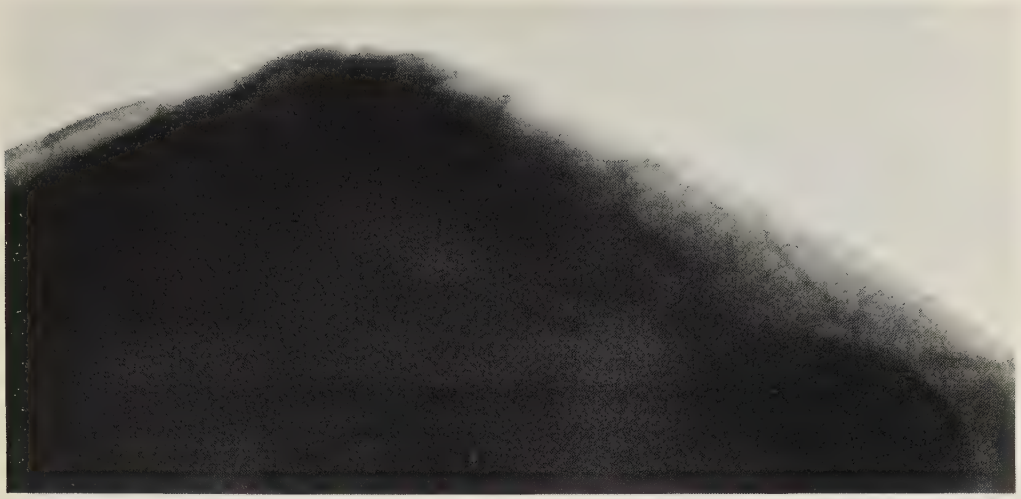
Les limites sont plus ou moins nettes, jamais irrégulières.

La tumeur est bien individualisée du reste de la glande, sauf en un point du contour, soit qu'elle se projette trop profondément pour être vue en totalité sur les films, soit qu'elle se confonde avec le tissu fibreux sain qu'elle repousse en périphérie.

Les calcifications sont grossières et macroscopiques, de type bénin. Quant à l'oedème, il n'a été observé que dans un cas et l'épaississement cutané dans 2 cas, en dehors des malades ayant eu une intervention antérieure. La dilatation des vaisseaux a été notée dans 3 cas.

Devant ces signes, avant 35 ans on peut discuter outre le diagnostic de tumeur phyllode, un fibro-adénome banal. Après 35 ans, en cas de ponction négative : sarcome, épithélioma colloïde, carcinome médullaire ou localisation primitive d'un hématosarcome.

L'examen histologique extemporané seul permet de poser le diagnostic et de faire l'exérèse élargie de la tumeur qui est l'intervention de choix dans les typesI, II ou III. Dans le type IV, la mastectomie simple est à conseiller.



I — TUMEUR PHYLLODE TYPE I

5/71-7926 SE — Malade de 26 ans - 2 enfants allaités - 2 F.C.

Tumeur apparue il y a 5 ans au cours de la dernière grossesse. Augmentation de volume depuis 1 an.
Examen : Tumeur polylobée de 4 x 3 cm du QSI du sein droit, mobile. Peau normale. Pas d'adénopathie.
Mammographie : Opacité bilobée du quadrant supéro-médian du sein droit de contours réguliers, homogène, mesurant 4 x 3 cm.
Intervention : le 15-3-72 - Tumorectomie large. A l'examen histologique : TUMEUR PHYLLODE DE TYPE I.

II — TUMEUR PHYLLODE TYPE II

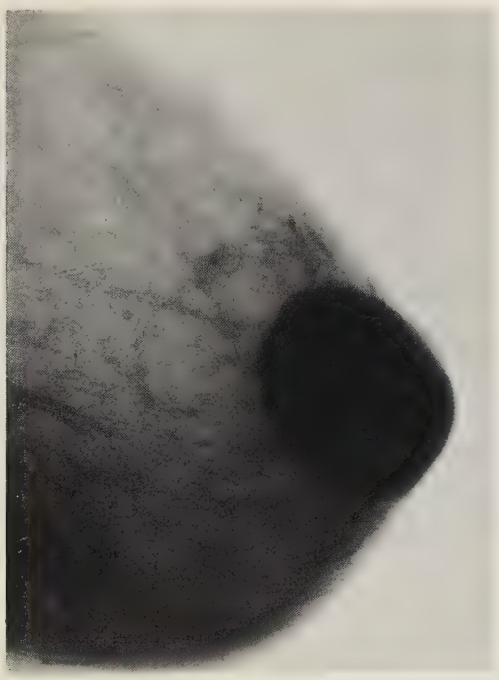
5/67-213 — Malade de 42 ans - 2 enfants - 0 F.C.

Il y a 5 mois, douleurs du sein droit, amenant la découverte d'une petite formation tumorale qui a augmenté de volume.
Examen : Tumeur de 6 x 4 cm des quadrants inférieurs du sein droit, mobile, hétérogène, sans adénopathie.
Mammographie : Opacité ovalaire de 6,5 x 6 cm des quadrants médio-inférieurs, dense, limites nettes, sans calcification.
Intervention : Tumorectomie le 19.11.71. L'examen histologique conclut à une **TUMEUR PHYLLODE DE TYPE II.**
Pas de récidive.

III – TUMEUR PHYLLODE TYPE II

3/69-3288 XX — 65 ans. 0 enfant. Ménopausée à 55 ans.

Tumorectomie du sein droit à 55 ans de cause inconnue.
Depuis 6 mois, tumeur du QSE du sein droit ayant brusquement grossi depuis 1 m 1/2.
Examen : Lésion de tout le sein, faisant 25 cm de diamètre, oedémateuse, sans adhérence profonde. Adénopathie axillaire banale.
Mammographie : Opacité de tout le sein avec oedème sous cutané et épaississement cutané : aspect oedémateux malin diffus.
Intervention le 28.5.69 : Mastectomie et évidement ganglionnaire axillaire.
A l'examen histologique : **TUMEUR PHYLLODE DE TYPE II.**
Pas de récidive.



IV – TUMEUR PHYLLODE TYPE III

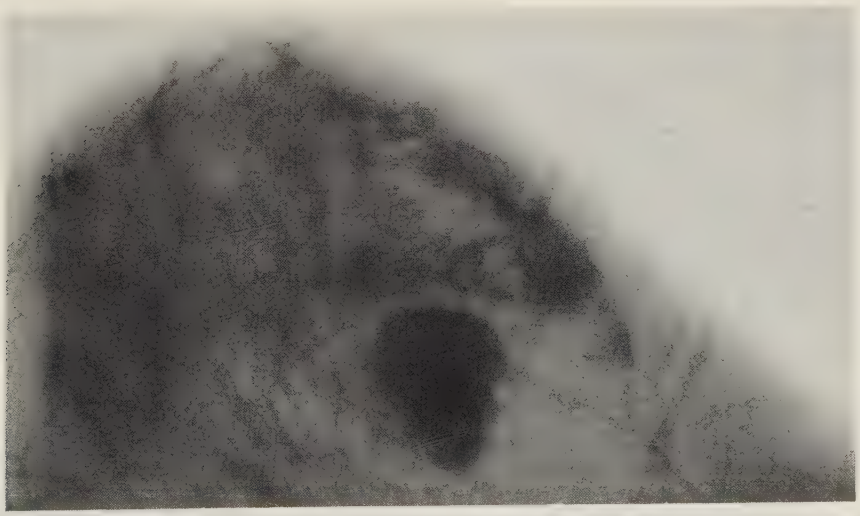
5/70-5838 RL — Malade de 55 ans. 0 enfant - 0 F.C. - Ménopausée à 52 ans.

Découverte il y a 2 mois d'une tumeur du sein gauche à l'union des quadrants internes.
Examen : Tumeur rétro-mamelonnaire de 7 cm de diamètre, bien limitée, mobile, sans adénopathie.
Mammographie : Opacité polylobée des quadrants médio-internes du sein gauche, mesurant 6 x 5,5 cm, bien dissociable du reste de la glande, à limites régulières.
Intervention le 18.8.70 : Tumorectomie. A l'examen histologique : **TUMEUR PHYLLODE DE TYPE III.**
Pas de récidive.

V – TUMEUR PHYLLODE TYPE III

5/66-4509 PL — Malade de 60 ans - 0 enfant - 0 F.C. - Ménopausée à 53 ans.

Tumorectomie à 19 ans de nature inconnue. Depuis 10 ans, nodule du QSE du sein gauche, ayant progressivement grossi.
Examen : Formation polylobée, ferme, bien limitée, supéro-médiane du sein gauche, mesurant 4 x 4 cm, mobile. Circulation collatérale modérée. Adénopathie axillaire bilatérale banale.
Mammographie : Opacité polylobée du QSE du sein gauche, de 6 x 4 cm. Les limites sont régulières et le nodule est bien dissociable du reste de la glande. Présence de macrocalcifications.
Intervention : Mastectomie le 16.8.66. A l'examen histologique : **TUMEUR PHYLLODE DE TYPE III.**
Pas de récidive.



VI – TUMEUR PHYLLODE TYPE IV

5/64-6831 ML — 60 ans - 2 enfants - Ménopausée à 50 ans.

Il y a 9 mois découverte d'une tuméfaction du sein droit ayant progressivement grossi.
Examen : Tumeur de 3 cm du QSE du sein droit, mobile. Adénopathie axillaire banale.
Mammographie : Opacité polylobée du QSE du sein droit de 3,5 x 4 cm, à limites régulières. Présence de macrocalcifications.
Intervention le 16.10.64 : Mastectomie et évidement ganglionnaire. A l'examen histologique : **TUMEUR PHYLLODE DE TYPE IV.**
Pas de récidive.

VII – TUMEUR MYOEPITHELIALE

5/66-6076 — Malade de 48 ans - 4 enfants allaités - 0 F.C. - Ménopausée à 46 ans.

Nodule du sein gauche apparu il y a 4 mois et ayant rapidement grossi.
Examen : Nodule de 10 cm de diamètre, peau amincie. Ganglion axillaire.
Mammographie : Opacité de 10 cm de diamètre, ronde, bien limitée.
Intervention le 18.10.66 : Mastectomie. A l'examen histologique : **TUMEUR MYOEPITHELIALE.**
Curiethérapie complémentaire. Bien portante (6 ans).

VIII – SARCOME RETICULO-HISTIOCYTAIRE

5/61-4931 — Malade de 75 ans - Ménopausée à 53 ans.

Examen : Masse de 10 x 10 cm, mobile sur le plan profond. La peau est rouge et chaude. Circulation collatérale.
Mammographie : Opacité de 15 x 10 cm, refoulant le tissu sain. Petits nodules du quadrant supérieur.
Ponction tournante : SARCOME RETICULO-HISTIOCYTAIRE.
Traitement : Curiethérapie.
Décédée 4 mois plus tard. Métastases multiples.

Vu, le Président de Thèse,

Professeur DENOIX

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur MONSAINGEON

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1 - AMERSON J.,
Cystosarcoma phyllodes in adolescent femal. A report of seven patients.
Ann. of Surg. I970, 171, 849-858.

2 - ARIEL L.,
Skeletal metastases in cystosarcoma phylloïdes. A case report and review
Arch. Surg. I96I, 82, 275-280.

3 - BACLESSE F., WILLEMIN A.,
Atlas de Mammographie.
Librairie des facultés I965, 29-30.

4 - BARDOUX J.,
Contribution à l'étude des tumeurs phyllodes du sein (à propos de 3 observations),
Thèse Paris I968.

5 - BATISSE-MARTIN F., SOBEL-SICARD M., SICARD A.,
Les tumeurs phyllodes du sein.
Journ. de Chir. I966, 92, 485-497.

6 - BAUDET J.H., BOUQUET F., LE LORIER G.,
Les tumeurs phyllodes du sein. A propos de 6 cas - Revue de la Littérature.
Gyn. Obst. I970, 69, 497-5I0.

7 - BOTHAM R., MAC DONALD J., CLAGETT O.,
Fibroadénoma with sarcoma-like stroma : a benign tumor.
Surgery, Mars I958, 43, n° 3, 5I0-5I5.

8 - DENOIX P., ROUQUETTE C.,
Symposium on the prognosis of malignant tumours of the breast.
Karger Edit. I963.

9 - DENOIX P.,
Recent results in cancer research.
Treatment of malignant breast tumors.
Springer - Verlag Berlin - Heidelberg - New York I970.

10 - DENOIX P.,
TNM - Classification of malignant tumours.
UICC - AJC - Genève I972.

11 - DESAIVE P., BETZ H.,
Considérations anatomo-cliniques à propos de l'évolution maligne du fibro-adéno-myxome intracanaliculaire géant du sein type phyllode de Johann MULLER.
Pr. Med. I955, 63 n° 30, 629-632.

12 - ESTRADE J.,
Tumeurs phyllodes ou adénofibromes géants du sein (à propos de 2 observations).
Bull. Cancer I953, 40, n° 1, 29-38.

13 - FEVRE M., GERARD-MARCHANT R.,
Affections mammaires de l'enfance et de l'adolescence
Revue du Prat. I956, 6, n° 13.

14 - FRUHLING L., LE GAL Y.,
Les sarcomes vrais primitifs de la mamelle.
Bull. Cancer I95I, 38, 5, 477-484.

15 - FRUHLING M., LE GAL Y.,
A propos de 6 nouveaux cas de sarcomes vrais primitifs de la mamelle.
Gyn. et Obst. I953, 52, 75-83.

16 - FRUHLING L., LE GAL Y.,
La transformation sarcomateuse de la tumeur phyllode
Journ. de Chir. I954, 70, 16-29.

17 - GARBLAY M., PICARD J.D., VANETTI A.,
L'adéno-fibrome géant du sein.
Pr. Med. 27 Mars I963, 71, n° 15, 76I-762.

18 - GAUTHIER CL., DAUCHY G., HOUCKE M., CREPIN G.,
Les tumeurs phyllodes du sein.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. I963, 15, n° 3, 390-391

19 - GERSHON-COHEN J., LOLITA MOORE :
Roentgenography of giant fibroadenoma of the breast (cystosarcoma phyllofdes).
Radiology, Avril I960, 74, 6I9-625.

20 - GIBBS B., ROE R., THOMAS D.,
Malignant cystosarcoma phyllodes in a pre-pubertal female.
Ann. of Surg. I968, 167, 229-231.

21 - GROS C.M., LE GAL Y., BURG S.,
Aspect radiologique des tumeurs phyllodes (3 observations)
Bull. As. Franc. Cancer I953, 40, 4, 460-462.

22 - GROS CH.,
Les maladies du sein
Masson et Cie I963.

23 - HAFNER C., MEZGER E., WYLIE J.,
Cystosarcoma phyllodes of the breast
Surg. Gyn. Obst. I962, 115, 29-34.

24 - HARTMANN H.,
Quatre cas de sarcomes à cellules géantes.
Tumeurs du sein. Masson et Cie I95I.

25 - ISIDOR P.,
Un cas de tumeur phyllode de la glande mammaire. Tentative pathogénique.
Sem. Hôp. Paris Suppl. Arch. Ana-Path. I955, n° 3 147-149.

26 - KESSINGER A., FOLEY J., LEMON H., MILLER D.,
Métastatic cystosarcoma phyllodes : a case report and review of the litterature.
Journ. of Surg. Oncol. I972, 4, n° 2, 131-147.

27 - LANGLADE-HANNEDOUCHE G.,
Apport de la cytologie et de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs du sein.
Thèse Paris I969.

28 - LESTER J.,STOUT A.P.,
Cystosarcoma phyllodes.
Cancer I954, 7, 335-353.

29 - LEWISON E., HORN R.,
Malignant cystosarcoma phyllodes.
Breast Cancer I955, 117-119.
The Williams and Wilkins Company Baltimore.

30 - MAC DIVITT R., STEWART F., BERG J.,
Tumors of the breast. Washington D.C. Armed Forces Institute of Pathology I967, 117-123. Atlas of tumor pathology second series, Fasc. 2.

31 - MAC DIVITT R., URBAN J., FERROW J.,
Cystosarcoma phyllodes.
Johns Hopkins Med. Jour. I967, 120, n° 1, 33-45.

32 - MAC DONALD J., HARRINGTON S.,
Giant fibro-adenoma of the breast "cystosarcoma phyllodes".
Ann. of Surg. I950, 131, 1, 243-251.

33 - MAGENDIE J., LEGER H., DOUTRE' L.P., BIRABEN J.,
Les tumeurs phyllodes du sein sont-elles des mésenchymomes ?
Presse Méd. 25 Fév. I96I, 69, n° 10, 435-437.

34 - MAIER W.P., ROSEMOND G.P., WITTENBERG P., TASSONI E.M.,
Cystosarcoma phyllodes mammae.
Oncology I968, 22, n° 2-3, 145-158.

35 - MARION J., DAUDET M.,
Fibro-adénome du sein ayant évolué sous l'aspect d'une mastopathie pré-pubertaire ulcérée à allure pseudo-néoplasique.
Pédiatrie I96I, 16, n° 2, 183-186.

36 - MARKOVITS P., CONTESSO G., SARRAZIN D., BERRY M.,
Le carcinome médullaire du sein. Etude clinique et anatomo-radiologique. A propos de 56 observations.
Bull. du Cancer I970, 57, n° 4, 5I7-526.

37 - MARKOVITS P., CONTESSO G., BERGIRON Ch., MASSELOT J., MOURIESSE,
Des erreurs du diagnostic de la malignité en mammographie. A propos de quatre-vingt quinze erreurs vérifiées histologiquement.
Ann. Radiol. I972, 15 (11-12) 805-812.

38 - NORRIS H.J., TAYLOR H.B.,
Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. Analysis of ninety four cases.
Cancer I967, 20, 2090-2099.

39 - OBERMAN H., FRENCH,
Cystosarcoma phyllodes.
A clinico-pathologic study of hypercellular periductal stromal neoplasm of breast.
Cancer I965, 18, 697-710.

40 - OMAR S.,
Les tumeurs phyllodes du sein.
Etude anatomo-clinique et thérapeutique.
Mémoire pour le titre d'assistant étranger - Paris I972.

41 - PROBST F.,
Cystosarcoma phyllodes diagnosed by subcutaneous mammary phlebography
Acta Rad. (diagn.) I970, 10, 494-498.

42 - REICH T., SOLOMON C.,
Bilateral cystosarcoma phyllodes, malignant variant, with 14 years follow-up. A case report.
Ann. Surg. Janv. I958, 147, n° 1, 39-45.

43 - REINGOLD I.M., ASCHER G.S.,
Cystosarcoma phyllodes in a man with gynecomastia.
Am. J. of Clin. Path. I970, 53, 852-856.

44 - RENARD D.,
Valeur de la mammographie dans le diagnostic des tumeurs phyllodes.
Le diagnostic radiologique des tumeurs du sein.
Thèse Lille I965 p. 73-76.

45 - ROUJEAU J., KRIVINE J.M., PERROTIN J., BOULAKIA C., GALIAN A.,
Le pronostic des tumeurs phyllodes du sein (à propos de deux cas "malins")
Arch. Ana-Path. Juin I968, 16, n° 2, 140-145.

46 - SCALI P.,
Sur un cas de tumeur phyllode géante du sein.
Soc. Franc. de Gyn. I969, n° 4, 251-258.

47 - SICARD A., BEN-SAHEL H., BATISSE F.,
Les tumeurs à stroma remanié du sein.
J. Chirurgie, Janvier I96I, 8I, n° 1, 5-13.

48 - SOBEL M. née SICARD,
Les tumeurs phyllodes du sein. Aspect anatomo-clinique.
Thèse Paris I966.

49 - STEPHENSON J., GROSS S., GUMPORT S., MEYER H.,
Cystosarcoma phyllodes of the breast. A review of the litterature with the addition of 15 new cases.
Ann. of Surg. I952, 136, 5, 856-863.

50 - TESCHER G.,
A propos des tumeurs phyllodes du sein.
Thèse Paris I970 n° 260.

51 - VERHAEGHE M., CLAY A., HERBEAU J., DUPONT A.,
Tumeurs phyllodes du sein (étude anatomo-clinique de 15 cas).
Soc. Franc. de Gyn. I964, 2, 97-111.

52 - VERHAEGHE M., DUPONT A., DEVAMBEZ J., HERBEAU J.,
Les tumeurs phyllodes du sein. Les mastopathies.
Soc. Franc. de Gyn. I966, 111-131.

53 - VERHAEGHE M., CLAY A., DEMAILLE A., LAURENT J.C., CARPENTIER-HAYART D.,
Les sarcomes phyllodes du sein. A propos de 3 cas.
Lille Chir. I97I, 2ø, 37-47.

54 - WEST T., WEILAND L., CLAGETT O.,
Cystosarcoma phyllodes.
Ann. of Surg. I97I, 173, n° 4, 520-528.

55 - WULSIN J.,
Large breast tumors in adolescent females.
Ann. of Surg. I960, 152, 151-159.

56 - YOVANOVITCH B.Y.,
La tumeur phyllode du sein doit-elle être considérée comme une tumeur bénigne ?
Bull. et Mémoires de la Soc. des Chirurgiens de Paris I955, 45, 173-176.

57 - ZOLTOWSKA A., KOZLOWSKI H.,
Investigations on the transformation of fibroadenoma of the breast into malignant cystosarcoma phyllodes.
Neoplasma I969, 16, 5, 549-556.